Supplemento ordinario alla «Gazzetta Ufficiale» n. 227 del 26 settembre 1985

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I (70%)

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Giovedì, 26 settembre 1985** SI PUBBLICA NEL POMERIGGIO DI TUTTI I GIORNI MENO I FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DEI DECRETI
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 85081

N. 85

REGIONE SARDEGNA

LEGGE REGIONALE 30 aprile 1985, n. **10.**

Piano sanitario regionale (1983-1985).

LEGGE REGIONALE 8 maggio 1985, n. **11.**

Nuove norme per le provvidenze a favore dei nefropatici.

LEGGE REGIONALE 28 maggio 1985, n. **12.**

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale della Regione (legge finanziaria 1985).

LEGGE REGIONALE 28 maggio 1985, n. **13.**

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale della Regione per l'anno finanziario 1983 (legge finanziaria).

LEGGE REGIONALE 28 maggio 1985, n. **14.**

Provvedimenti a sostegno della produzione e della occupazione e disposizioni integrative della legge regionale 10 maggio 1983, n. 12 (legge finanziaria).

SOMMARIO

REGIONE SARDEGNA

REGIONI

REGIONE SARDEGNA

LEGGE REGIONALE 30 aprile 1985, n. **10**.

Piano sanitario regionale (1983-1985).

(Pubblicata nel suppl. straord. al Bollettino ufficiale *della Regione Sardegna n. 24 del 29 maggio 1985)*

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1

Oggetto

Il Piano sanitario della Regione per il triennio 1983-1985 approvato con la presente legge di cui costituisce parte integrante, stabilisce gli indirizzi e le modalità di svolgimento delle attività finalizzate all'attuazione del Servizio sanitario nazionale nell'ambito del territorio sardo.

Art. 2

Obiettivi

La Regione, conformemente alle finalità ed ai principi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e secondo quanto sancito dall'articolo 1 della legge regionale 16 marzo 1981, n. 13, esercita le funzioni di programmazione perseguendo i seguenti obiettivi:

— la tutela globale ed integrata della salute dei cittadini sardi attraverso i momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione;

— l'equilibrata distribuzione sul territorio regionale delle strutture, dei servizi e dei presidi, al fine di realizzare l'omogeneità delle prestazioni;

— il rafforzamento quantitativo-qualitativo dei servizi sanitari di base adeguandoli ai bisogni reali della popolazione;

— il coordinamento e l'integrazione dei servizi sociali e sanitari con il Piano di sviluppo della Regione.

Art. 3

Contenuti del Piano

Il Piano sanitario della Regione, nel rispetto delle previsioni dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, determina per il triennio 1983-1985:

— gli obiettivi generali della programmazione sanitaria regionale;

— gli obiettivi specifici da perseguire mediante appositi progetti-obiettivo e le azioni programmatiche speciali;

— gli indirizzi per le pratiche qualificanti;

— la struttura organizzativa, l'ambito territoriale di riferimento, l'ubicazione e il dimensionamento dei presidi e dei servizi per lo svolgimento delle funzioni sanitarie e per la realizzazione degli obiettivi;

— gli orientamenti per lo sviluppo delle azioni programmatiche di particolare rilevanza sanitaria;

— la politica della spesa in funzione della relativa razionalizzazione;

— il potenziamento e la qualificazione della struttura pubblica e l'utilizzazione delle strutture private in regime di convenzione ai sensi anche dell'articolo 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 4

Progetti obiettivo e azioni programmatiche speciali

Ai fini di una più tempestiva e coordinata attuazione dei principi e delle finalità della presente legge, la Regione promuove la realizzazione dei seguenti progetti-obiettivo:

— la tutela della maternità consapevole, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute in età evolutiva;

— la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e la tutela dei lavoratori negli ambienti di lavoro;

— benessere sociale e sanitario degli anziani.

In armonia con la previsione degli anzidetti progetti-obiettivo la Regione si propone inoltre lo svolgimento di azioni programmatiche speciali nei settori di intervento riguardanti:

— tutela della salute mentale;

— servizi di urgenza e di emergenza;

— assistenza delle persone handicappate;

— attività consultoriali;

— prevenzione, cura e riabilitazione delle persone in stato di tossicodipendenze;

— tutela sanitaria delle attività sportive.

Art. 5

Effetti

La Regione uniforma la sua potestà regolamentare, di indirizzo e di coordinamento, nonché i suoi conseguenti atti e provvedimenti, al Piano sanitario regionale che ha efficacia di indirizzo, di prescrizione e di vincolo per tutte le attività in esso previste per lo specifico settore sanitario.

Ai contenuti e agli indirizzi del Piano i Comuni e le Unità sanitarie locali dovranno uniformare i loro programmi di attività nell'esercizio delle funzioni di cui sono titolari; alla medesima osservanza sono impegnati le Province e le Comunità montane per gli atti ed i provvedimenti di loro competenza nel settore sanitario.

Ai contenuti e agli indirizzi del Piano dovranno altresì essere uniformate le determinazioni degli organi regionali di controllo.

Art. 6

Piani locali di attuazione

Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge le Unità sanitarie locali trasmettono all'Assessore regionale all'igiene e sanità piani locali di attuazione del Piano sanitario regionale. Entro 45 giorni dalla ricezione la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale all'igiene e sanità, esprime parere di congruità dei piani locali delle Unità sanitarie locali al Piano sanitario regionale.

Art. 7

Finanziamento del Piano

Al finanziamento delle spese sanitarie derivanti dall'applicazione della presente legge si provvede:

a) con le disponibilità assegnate alla Regione a titolo di ripartizione del fondo sanitario nazionale di cui all'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, e successive modificazioni ed integrazioni;

b) con le disponibilità che saranno acquisite dai Comuni a seguito di eventuale alienazione dei beni patrimoniali trasferiti ai Comuni a norma degli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

c) con le disponibilità provenienti dalle somme trattenute ai sensi del secondo comma dell'articolo 25 della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

Per gli interventi di natura socio-assistenziale si provvede:

a) con le disponibilità iscritte a carico dei capitoli dello stato di previsione della spesa dei bilanci della Regione relativi all'anno di riferimento destinati a dette finalità,

b) con i fondi degli enti locali;

c) con le disponibilità che saranno acquisite dalle Unità sanitarie locali a qualsiasi altro titolo.

Art. 8

Adeguamento del Piano

Su proposta della Giunta regionale, il Consiglio regionale provvede ad adeguare e ad armonizzare le norme della presente legge a quelle della legge di Piano sanitario nazionale; nelle more di tale adeguamento le disposizioni del Piano sanitario regionale sono applicabili in quanto non in contrasto con le corrispondenti disposizioni del Piano sanitario nazionale.

Art. 9

Urgenza

La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti dell'articolo 33 dello Statuto speciale per la Sardegna ed entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.

Cagliari, addì 30 aprile 1985

MELIS

PIANO SANITARIO REGIONALE 1983-1985

PREMESSA

La proposta di Piano Sanitario Regionale che il Consiglio Regionale si appresta ad approvare, aggiornata rispetto alla precedente edizione per tener conto delle modificazioni intervenute nella organizzazione sanitaria della Regione e dell'ampia consultazione attivata nel corso del 1983 a seguito della quale sono pervenute numerose osservazioni delle quali si è tenuto conto nella economia generale del documento, assume un'importanza particolare per lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

L'attività delle UU.SS.LL. si svolge ormai nella pienezza delle loro attribuzioni e pertanto deve avere come riferimento fondamentale il Piano Sanitario Regionale il quale, prendendo atto della situazione esistente, valutando criticamente i ritardi e le insufficienze che hanno inciso sul processo di crescita quanti-qualitativa dell'organizzazione sanitaria, ed identificando gli obiettivi da raggiungere e l'insieme degli strumenti disponibili, deve cogliere in tutta la sua ampiezza l'occasione storica per chiudere una lunga fase di intervento «a ruota libera» ed avviare la pianificazione del settore utilizzando la

programmazione degli interventi come metodo ordinario di governo.

Oltre che per i suoi contenuti il Piano Sanitario Regionale si caratterizza per la sua collocazione politico-culturale fondata su due presupposti essenziali:

a) il superamento della settorialità, che lo confinerebbe nel novero degli innumerevoli elaborati tecnici, mentre è esperienza generalizzata dei Paesi più avanzati che la politica sanitaria influenza in misura rilevante la politica economica e sociale e ne è a sua volta altrettanto fortemente influenzata. Superare la settorialità significa anche contrastare il processo di medicalizzazione spinta dei bisogni sanitari della popolazione per affermare l'esigenza di interventi che concorrano a migliorare nel suo complesso la «qualità della vita»;

b) il ruolo della partecipazione come capacità di gestione sociale e democratica da parte dei cittadini — attraverso gli Enti Locali, le Formazioni Sociali e Culturali — di intervenire a determinare gli indirizzi, a scegliere gli strumenti più adeguati per realizzarli e per verificare i risultati. Questo ampio processo di partecipazione si è aperto al momento stesso della presentazione del Piano non come mero ossequio alle disposizioni di Legge ma come avvio di un modo diverso di governare.

Il 1° Piano Sanitario Regionale della Sardegna, per le condizioni oggettive che influiscono sulla sua nascita (ritardo del processo di attuazione della riforma sanitaria, mancanza del Piano Sanitario Nazionale fornito della sanzione parlamentare, mancanza dei piani territoriali delle UU.SS.LL.) deve essere considerato come un «piano-ponte». Per analogia si ripercuotono anche a livello regionale gli inconvenienti che in qualche misura rendono precario il rapporto tra Piano Nazionale e Piani Regionali. Non potrà pertanto essere un piano esaustivo ed in grado di interpretare pienamente i bisogni sanitari dei cittadini e del territorio; sarà invece — e nella misura in cui corrisponderà correttamente a questa esigenza la sua funzione diventerà preziosa — un quadro di riferimento puntuale per conoscere la situazione esistente (avviando in questa maniera la nascita di un vero e proprio sistema informativo regionale), per identificare il modello ottimale assunto come punto di arrivo del processo di programmazione, per determinare quanto sarà possibile realizzare nel triennio per avvicinarsi a questo traguardo. Ed è proprio a proposito di questo ultimo impegno che assume rilievo l'esigenza di far interagire i due livelli di programmazione (regionale-territoriale) per far entrare «a regime» il processo che con questo 1° Piano prende il suo avvio.

La proposta di Piano Sanitario Nazionale 1981-1983, ha indicato alle Regioni i tre obiettivi principali che debbono essere raggiunti con l'attuazione dei Piani Regionali: la tutela della salute vista in termini di intervento unitario e globale centrata sulla prevenzione e sui servizi di base; il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie; l'aumento di produttività delle risorse impegnate nel settore.

Il 1° Piano Sanitario Regionale ha fatto propri questi obiettivi adattandoli alle peculiari caratteristiche della Sardegna sia riguardo ai suoi rapporti col resto del Paese — sui quali pesa la condizione di insularità — sia riguardo alla situazione geomorfologica, allo stato delle comunicazioni e sui trasporti, all'esistenza di pesanti sperequazioni territoriali, alle condizioni socio-economiche di gran parte della popolazione. Devono esser valutate in questa ottica l'apparente sovradimensionamento della rete ospedaliera, con la presenza di «superspecialità» che non avrebbero, in condizioni normali, un hinterland adeguato, e l'accentuazione dei momenti territoriali che corrisponde ad una prioritaria esigenza di perequazione e di uniformità nella disponibilità di servizi sanitari soprattutto per quanto attiene alla prevenzione ed alla medicina di base.

L'ampiezza del successo che potrà essere conseguito nel raggiungimento di questi obiettivi dipenderà dalla esistenza di condizioni favorevoli che riguardano:

— l'assetto istituzionale previsto dalla Legge 833/1978, con tutte le conseguenze che ne deriveranno per la strutturazione organica dei servizi e per il rapporto di coerenza che deve legare la risposta organizzativa alla natura ed all'ampiezza dei bisogni da soddisfare;

— l'attivazione di un processo di programmazione sanitaria che non si identifica né si esaurisce con l'elaborazione del documento di piano,

— le politiche di formazione, aggiornamento, specializzazione e riqualificazione degli operatori, nonché quelle relative all'utilizzo del personale;

— le capacità di spesa, ridando elasticità all'impiego delle risorse e superando le difficoltà che riducono l'efficacia nell'utilizzazione dei finanziamenti determinando accumulo di residui passivi e ritardi nel compimento degli investimenti.

Il Piano Sanitario Regionale fa propri gli obiettivi sopra indicati e ne affida l'attuazione ed il più rapido raggiungimento ad un certo numero di azioni programmatiche specifiche che avranno come caratteristica principale quella di ridurre la divaricazione che potrebbe prodursi tra iniziative di razionalizzazione (oggettivamente inevitabili e necessarie in una fase di transizione) e iniziative di innovazione, valorizzandone l'impegno

di reciproca congruenza in maniera che azioni necessariamente settoriali si compongano, a livello territoriale, in una sintesi organica che abbia forti valenze di unitarietà operativa e di compatibilità finanziaria.

AZIONI PROGRAMMATICHE

IL DISTRETTO SANITARIO DI BASE

Il distretto sanitario di base (DSB) è il livello organizzativo delle attività sanitarie di base delle UU.SS.LL.. Gode di una ampia autonomia tecnico-funzionale, ma non amministrativa, e risponde delle linee di sviluppo individuate nei programmi delle singole UU.SS.LL..

Nella individuazione del distretto si deve far riferimento a tre criteri informativi:

— coincidenza con gli ambiti amministrativi preesistenti (circoscrizioni, comuni o consorzi di comuni);

— criterio demografico, che si riferisce al numero degli utenti afferenti al distretto, che va di norma da un minimo di 5 ad un massimo di 30.000 abitanti, e con una dimensione media intorno a 10.000; detti parametri debbono, ovviamente, tener conto delle esigenze e realtà locali;

— criterio geo-morfologico: in esso rientrano l'assetto del territorio, il grado di accessibilità ai servizi sanitari, la dotazione attuale e la localizzazione dei presidi sanitari, nonché i flussi gravitazionali della popolazione.

Sulla base di questi criteri, si rileva la necessità che in Sardegna vengano costituiti tre tipi di distretto sanitario di base:

a) distretto da attuare in ambiti che abbiano come aspetto peculiare la insularità geografica e socio-economica; in queste comunità il distretto deve portare ad una sorta di «autosufficienza»;

b) distretto da attuare in ambiti che godono di un più facile accesso ai servizi e presidi sanitari già presenti in ambiti vicini;

c) distretto delle città e del loro hinterland, ossia delle comunità che rappresentano un bacino sanitario omogeneo, servito da strutture sanitarie di primo e di secondo livello e di centri di riferimento per patologie varie.

Allo scopo di superare gli squilibri territoriali esistenti in campo sanitario, si ritiene utile che le UU.SS.LL. privilegino la costituzione dei DSB negli ambiti di cui al punto a) e ad essi forniscano i mezzi (personale, attrezzature, etc.) per rendere più efficace il funzionamento per il conseguimento dei fini istitutivi.

Le funzioni di ogni singolo distretto sono così indicate:

a) Igiene ambientale, fisica e sociale:

— controllo e miglioramento delle condizioni ambientali;

— igiene della produzione, trasformazione e distribuzione delle bevande e degli alimenti compresi quelli di origine animale.

I limiti per l'esercizio di queste funzioni sono costituiti dalla «semplicità» degli interventi da eseguire e dalla valutazione in termini di costi-benefici della convenienza alla loro periferizzazzione spinta. In caso contrario il Distretto dovrà funzionare non tanto e non solo come sede di completa esecuzione degli interventi quanto invece come momento organizzativo di riferimento per la popolazione e per gli operatori in base a programmi definiti a livello di U.S.L..

b) Attività sanitaria di base:

— interventi continuativi di prevenzione individuale, diagnosi, cura e riabilitazione, nell'area funzionale della medicina generale, compresa la pediatria;

— consulenza specialistica riservata alle specialità di «base» quali l'odontoiatria, l'ostetricia e ginecologia, la psichiatria, la medicina fisica e riabilitativa, l'oculistica;

— medicina scolastica;

— medicina sportiva.

c) Educazione sanitaria e osservazione epidemiologica. Il rilievo che la legge di riforma sanitaria attribuisce a queste funzioni obbliga a sottolinearne i contenuti più significativi.

Per quanto attiene all'educazione sanitaria, che si attua fondamentalmente attraverso la socializzazione delle conoscenze in materia sanitaria degli operatori e degli utenti, i principali obiettivi sono costituiti dalla:

— prevenzione primaria

— diagnosi precoce di massa

— riqualificazione della domanda sanitaria

— rapporto corretto ed efficace tra gli utenti e i servizi.

L'attività di osservazione epidemiologica acquista notevole importanza a livello distrettuale per ottenere la rilevazione:

— dei dati sanitari individuali e collettivi della popolazione residente;

— dei dati relativi alla natura dell'ambiente specifico di vita e di lavoro e alle caratteristiche ambientali generali;

— dei dati relativi alle attività sanitarie sociali del distretto e dei servizi;
— de dati demografico-sociali;
— dei dati di interesse socio-sanitario rilevabili da altre fonti, e deve quindi trovare particolare attenzione nell'organizzazione del sistema informativo sanitario del quale costituisce il primo livello organizzativo di rilevazione e di valutazione.

Nei distretti di cui al punto a) (della presente nota) sarà necessario coprire tutte le funzioni sopra elencate, anche a livello minimo (o elementare). Nei distretti di tipo b) e c), per quanto riguarda le consulenze specialistiche si farà riferimento alle strutture poliambulatoriali (o ospedaliere) esistenti nell'ambito delle USL, mentre restano da soddisfare autonomamente gli altri compiti sopra elencati.

L'equipe operativa sarà costituita da personale medico, infermieristico, di assistenza sociale, tecnico, di sorveglianza ed ispezione, e coadiuvata da personale necessario.

Più specificatamente il personale medico sarà costituito da:

— personale dell'area funzionale di prevenzione e sanità pubblica, a rapporto di pieno impiego, con compiti di coordinamento sanitario e responsabilità delle funzioni di cui ai succitati punti a) e c);
— personale a rapporto convenzionato libero-professionale ,come il medico generale, il pediatra di base e gli specialisti odontoiatra, ostetrico-ginecologo, psichiatra, riabilitatore, oculista;
— unità operative di personale non medico sanitario e sociale, quali infermieri professionali, assistenti sanitarie visitatrici, ostetriche, vigilatrici d'infanzia, puericultrici, assistenti sociali e domiciliari, vigili sanitari;
— unità operative di personale di assistenza farmaceutica;
— unità operative di personale amministrativo.

Quando la dimensione del distretto raggiunge i livelli più elevati di popolazione è necessaria la presenza di operatori veterinari che altrimenti appartengono a livelli organizzativi sovradistrettuali.

Per quanto si riferisce alle strutture, il Centro sanitario di distretto dovrà costituire di norma la sede delle attività sanitarie e sociali del distretto, il riferimento organizzativo dei cittadini per l'utilizzazione delle prestazioni e per la partecipazione alla gestione dei servizi.

Particolare importanza rivestono infine a livello distrettuale i rapporti tra servizi sanitari e servizi sociali, anche se la L. 833 si è limitata ad auspicare l'integrazione dei due comparti senza poter giungere alla costituzione delle Unità Locali dei servizi sociali e sanitari. Numerose esperienze di integrazione realizzate in questi anni dimostrano comunque che questa è la strada da percorrere e che questo obiettivo va perseguito al di là della esistenza o meno delle condizioni formali per il suo esercizio.

L'equipe di base e i centri sanitari di distretto costituiscono in questa fase gli strumenti più adeguati per la sua pratica attuazione.

Nel definire gli standards orientativi per la composizione della équipe di base in vista della definizione delle piante organiche occorre tener conto delle caratteristiche geografiche, demografiche, sociali ed economiche del distretto. Le indicazioni che seguono devono essere assunte come cifre medie orientative e non come standards rigidi di riferimento e devono servire per la predisposizione della pianta organica.

MODELLO ORGANICO PER DISTRETTO

Medico generico	1/1000-1500 abitanti adulti
Ostetrico-ginecologo	1/5000-6000 donne
Pediatra	1/700 bambini al disotto dei 12 anni
Odontoiatra	1/5000-10.000 abitanti
Personale infermieristico: (igienisti dentali, inferm. prof., ostetriche)	1/700 abitanti popolazione sparsa 1/1000 abitanti popolazione accentrata
Assistenti sanitari	2 per distretto
Personale ausiliario veterinario	1 per ogni veterinario
Farmacisti	1 + 1 collaboratore di farmacia ogni 4000/5000 abitanti tenendo conto della necessità che ogni comune abbia un armadio farmaceutico
Operatori sociali (assistenti sociali)	1 per ogni 5000 abitanti e comunque 1 per distretto
Operatori professionali per i servizi di vigilanza igienica	di regola almeno 1 per ogni distretto
Operatori per prestazioni domestiche	1/8-10 nuclei familiari appartenenti a fasce sociali aventi titolo

AREA DELLE FUNZIONI SPECIALISTICHE

Il complesso delle attività di base del Distretto sanitario è integrato da attività specialistiche che hanno gradi diversi di complessità e che pertanto richiedono particolari criteri organizzativi che comunque si devono piegare alla logica della integrazione per consentire il superamento della settorializzazione che ha costituito uno dei principali difetti del sistema sanitario precedente.

Queste attività sono costituite dalle funzioni specialistiche extra ed intra ospedaliere, di tipo conoscitivo in ambito preventivo e di tipo diagnostico-curativo e riabilitativo e da funzioni di igiene pubblica e di prevenzione primaria.

Le attività specialistiche prese nel loro insieme sono costituite dalle seguenti funzioni:

— salute mentale e assistenza psichiatrica tenute distinte per le peculiari caratteristiche, per la specifica disciplina legislativa anche se integrata ormai nella L. 833/1978, per la sua «storia»;

— rieducazione funzionale limitatamente ai neurolesi e motolesi;

— indagini strumentali e di laboratorio;

— medicina specialistica ambulatoriale e domiciliare.

Esse devono essere svolte di norma in strutture — i poliambulatori specilistici — di dimensioni organizzative funzionali variabili a seconda dei bacini di utenza. La loro funzione è rivolta verso due direzioni principali:

— quella del distretto socio-sanitario di base per l'espletamento di tutta l'attività integrativa dell'intervento di base;

— quella dell'Ospedale come filtro della domanda di ricovero e di apporto di conoscenza nei confronti delle équipes ospedaliere.

Ciascuna delle funzioni indicate può essere organizzata nelle strutture territoriali tenuto conto della sua modalità intrinseca e di quella estrinseca. La mobilità intrinseca è rappresentata dalle necessità di utilizzare nell'espletamento delle singole funzioni specialistiche apparecchiature più o meno «pesanti» e in qualche caso nessuna apparecchiatura. La mobilità estrinseca è rappresentata dalla convenienza oggettiva a realizzare «in loco» le condizioni tecniche-organizzative per l'espletamento delle singole funzioni purché non si superi cioè la soglia di un sopportabile rapporto costi/benefici in questi casi rappresentato dalla produttiva, che ogni bacino di utenza è in grado di «garantire».

L'applicazione di questi criteri permette di classificare le singole attività specialistiche a seconda che vengano identificate come:

— specialità di «base» tra le quali vanno comprese comunque, indipendentemente dal loro grado di mobilità sia intrinseca che estrinseca, le seguenti:

— cardiologia;

— pediatria;

— ostetricia e ginecologia;

— oculistica;

— odontoiatria;

— riabilitazione funzionale;

— psichiatria;

a condizione che il bacino di utenza raggiunga le dimensioni ottimali indicate precedentemente per i Distretti socio-sanitari anche attraverso la formula della «polidistrettualità». Il che significa che nel caso della specialità di base, sia che gli operatori risiedano nella sede di esercizio della loro attività professionale sia che si attivi una loro mobilità intra U.S.L., il Centro Socio-Sanitario del Distretto individuato, nel caso della polidistrettualità con criteri baricentrici, come sede del Poliambulatorio di base deve essere autorizzato in maniera da consentire il soddisfacimento della domanda corrente di prestazioni, con esclusione cioè di quelle ad altissima tecnologia ed ad elevato impegno professionale;

b) servizi in «rete» comprendenti le indagini strumentali e di laboratorio;

c) specialità a limitata mobilità intrinseca ed estrinseca, nonché a bacino di utenza di norma più ampio di quello distrettuale, e che a seconda delle dimensioni della U.S.L. può coincidere con l'intero suo territorio, tra le quali vanno comprese le seguenti:

— chirurgia;

— dermatologia;

— neurologia;

— urologia;

— ortopedia;

— otorinolaringoiatria;

— radiologia;

— patologia clinica.

Anche il poliambulatorio ospedaliero per il bacino di utenza parziale o totale della U.S.L. nella quale è

ubicato, deve essere considerato struttura idonea all'erogazione delle prestazioni specialistiche.

Il poliambulatorio deve comunque funzionare come una struttura unitaria e i criteri fondamentali che ne improntano le modalità di lavoro sono rappresentati dalla ricerca di collegamenti normali con le attività di base e dalla promozione dell'interdisciplinarietà tra le diverse competenze.

Il dimensionamento delle diverse funzioni specialistiche sulle singole UU.SS.LL., espresso in ore settimanali per 10 mila abitanti, è stato ottenuto prendendo a riferimento il numero medio nazionale di prestazioni fruite ogni 10.000 cittadini e combinandolo col massimale orario di prestazioni stabilito negli accordi convenzionali.

Si deve però, tener conto che:

a) il monte orario delle varie specialità non può in alcuni casi essere mantenuto invariato rispetto al dato storico perché è stato modificato il bacino di utenze;

b) per alcune specialità sono state riversate le relative attività alle competenze del D.S.B. o è diminuita la richiesta;

c) alcune specialità debbono supportare le attività di medicina preventiva.

Infatti all'area delle attività specialistiche generalmente intese è attribuita anche, e non secondariamente, una funzione di supporto tecnico per l'espletamento delle attività conoscitive di prevenzione individuale, possibilmente quale espressione diretta di programmi obiettivo di intervento riferiti a specifiche categorie di soggetti aventi particolari esigenze di sorveglianza sanitaria individuali o con criteri anagrafici (soggetti appartenenti a fasce ed età particolarmente delicate quali le donne in periodo gravidico, la popolazione in età evolutiva e quella anziana), o con criteri economico-sociali (popolazione economicamente e socialmente meno valida), o con criteri di esposizione al rischio di noxe morbigene (popolazione attiva per specifici settori d'attività o per specifiche lavorazioni), o per criteri nosologico-epidemiologici (patologie prevalenti e nosografrismo regionale) e devono coinvolgere i servizi socio-sanitari di base dai quali parte la maggiore esigenza di conoscenza e dai quali deve ritornare l'insieme delle informazioni raccolte. Pertanto si rende necessario che l'attività specialistica adotti modelli flessibili in base alle suddette realtà.

E' attraverso questo complesso di attività e di relazioni operative che sarà possibile la costruzione delle «mappe di rischio» e predisporre i programmi di intervento mirato volti fondamentalmente all'eliminazione delle cause anche alla diagnostica precoce e quindi a una più efficace terapia.

Sarà compito delle UU.SS.LL. e soprattutto degli operatori, individuare ed applicare metodologie di intervento e modalità organizzative che consentano di garantire la massima efficacia di questi programmi il cui successo è direttamente dipendente dal livello di interdisciplinarietà raggiunta dall'équipe polispecialistica, dalla significatività delle prove e dalla confrontabilità dei dati.

Da quanto precede consegue che la rete dei presidi socio-sanitari deve essere preordinata anche alla realizzazione dei compiti in merito previsti dall'art. 25 della Legge 833/78.

Il risultato che ne consegue rappresenta l'obiettivo ottimale da raggiungere rispetto al quale la Sardegna si trova in evidenti condizioni di difficoltà derivanti dal limitato numero di specialisti e dalla loro preferenziale tendenza all'urbanizzazione.

Il progressivo raggiungimento degli obiettivi indicati dovrà avvenire assumendo come indirizzo fondamentale l'autosufficienza del servizio pubblico anche se nella fase di transizione si terrà conto dell'apporto integrativo derivante dal convenzionamento esterno.

Da un punto di vista strettamente operativo al fine di elevare la produttività della spesa, le UU.SS.LL. dovranno procedere ad accertare la possibilità di:

— aumentare il numero di ore degli specialisti che già prestano la loro opera nei poliambulatori;

— espandere l'attività ambulatoriale degli ospedali esistenti nei rispettivi ambiti territoriali;

— espandere con nuovi specialisti l'attività dei diversi poliambulatori.

Solo qualora non si potesse ricorrere alle forme sopra indicate si potrà fare ricorso al convenzionamento esterno.

Le indicazioni fin qui esposte in merito all'organizzazione dei servizi ed agli standards di attività specialistica devono quindi costituire un preciso riferimento per l'individuazione delle esigenze strutturali, avuto riguardo sia ai bisogni da soddisfare, sia all'attuale disponibilità di presidi, e sia alle possibilità che potranno determinarsi a seguito del completamento dei lavori di ampliamento, o realizzazione di alcuni presidi poliambulatoriali.

Le esigenze strutturali che emergono vanno comunque verificate anche in relazione alla presenza sul territorio di stabilimenti ospedalieri già in grado di offrire ser-

vizi ambulatoriali, ovvero di altri presidi preordinati a specifiche funzioni sanitarie, nonché di eventuali locali che, appartenenti al patrimonio pubblico, possono essere riconvertiti per attività socio-sanitarie.

Gli elementi di giudizio che a tal fine devono essere assunti sono riconducibili in particolare, alla presenza e tipologia delle attività economiche e produttive, alla vocazione turistica, all'isolamento territoriale in relazione alla rete dei trasporti, alla densità demografica, e alla necessità di pervenire ad un equilibrio distributivo della rete di servizi socio-sanitari.

Si ritiene che in questa fase, lasciando poi a ciascuna U.S.L. una più attenta e approfondita analisi delle singole situazioni, possano già individuarsi in conformità ai criteri sopra delineati, alcune esigenze che potranno essere soddisfatte compatibilmente alle disponibilità finanziarie che il F.S.N. assegna alla Regione Sarda per le finalità in argomento.

Un primo intervento di finanziamento già deliberato dalla Giunta regionale ha individuato come prioritari i presidi di: Benetutti, Castelsardo, Siniscola, Oliena, Ales, Cuglieri, Samugheo, Carloforte, Giba e Senorbì.

Inoltre si riporta di seguito un quadro di possibili altre località interessate agli interventi di che trattasi e per le quali dovrà essere varato un programma di priorità, di finanziamenti e di eventuali altre localizzazioni anche alternative:

Provincia di Sassari - Arzachena, Portotorres, S. Teresa di Gallura.

Provincia di Nuoro - Aritzo, Escalaplano, Jerzu, Mamoiada, Orani, Orosei, Tortolì.

Provincia di Oristano - Terralba.

Provincia di Cagliari - Assemini, Capoterra, Fluminimaggiore, Portovesme, S. Nicolò Gerrei, Teulada, Villasor.

Si ritiene che prioritariamente gli interventi, anche finanziari, debbano essere indirizzati verso i settori diagnostici, soprattutto di competenza dei laboratori di analisi e dei servizi di radiologia.

Infatti le carenze che si registrano attualmente nella erogazione delle prestazioni di laboratorio e di radiologia risultano pressoché generalizzate sul territorio regionale e conseguono alla sempre crescente domanda diagnostica che copre spazi sia di medicina terapeutica che di medicina preventiva cui non possono adeguatamente provvedere i presidi ambulatoriali pubblici, sia per la insufficiente dotazione quali-quantitativa di attrezzature, o sia per il difficile reperimento di personale qualificato.

Questa ultima difficoltà si accentua soprattutto l'interno dell'Isola in quanto da tempo si riscontra la scente tendenza ad una concentrazione del personale strutture e presidi sanitari dei capoluoghi, a scapi quelli periferici.

Ne consegue quindi, una funzionalità spesso par dei servizi pubblici che, costringe gli assistiti a sp menti sul territorio, e li induce, tra l'altro, a rico alle prestazioni dei presidi privati convenzionati, a per ovviare ai lunghi tempi di attesa generalmente posti dalle strutture pubbliche.

Per quanto attiene alla dotazione di apparecchia ed attrezzature sanitarie, si sottolinea, soprattutt squilibrio esistente tra presidi ospedalieri e presid liambulatoriali territoriali.

Infatti, mentre le dotazioni dei primi sono in di massima adeguate alle esigenze, ed in alcuni cas cedenti o addirittura inutilizzate, quelle afferenti ai sidi extra-ospedalieri non consentono di esaudire con tamente la domanda di prestazioni essendo inade o tecnologicamente superate.

In questo senso devono essere privilegiati gli i venti finanziari regionali nell'ambito dei piani annu investimento.

A tal fine le richieste di finanziamento per in menti sottoposte alla Regione dovranno contenere gli elementi di giudizio tesi a verificare la piena com bilità degli interventi proposti, rispetto alle previsi agli obiettivi contenuti nei progetti regionali finali

Quanto sopra deve trovare ampio riscontro nel todo della programmazione sanitaria territoriale di petenza di ogni U.S.L., che costituisce così, non so riferimento per esplicitare e indirizzare la capacità rativa di tutti i servizi, ma realizza soprattutto lo mento più congruo per l'attuazione di una strategi gionale di interventi razionali e mirati, in quanto cons una visione globale e compiuta dei bisogni emergenti le singole realtà locali.

SPECIALITA'	N. prestazioni erogabili all'ora (1)	Domanda percentuale di prestazioni (2)	Bacino utenza	Ore settimanali
Cardiologia	4	13	10.000	
Chirurgia	6	5		1
Pediatria	4	9		[illegible]
Dermatologia	7	4		1

SPECIALITA'	N. prestazioni erogabili all'ora (1)	Domanda percentuale di prestazioni (2)	Bacino utenza	Ore settimanali occorrenti
Neurologia	4	4		2
Urologia	5	1		0,5
Ortopedia	5	6		2
Ostetricia	4	5		2,5
Otorino	6	10		3
Oculistica	5	13		5
Odontoiatria	4	20		10
Radiologia	4	18		9
Analisi di Lab. (3)	20	90		9
Pneumologia (4)				
Riabilitazione (5)				

Medicina Interna, Audiometria, Endocrinologia, Angiochirurgia, Diabetologia, Pneumologia, Reumatologia, Oncologia (6).

L'applicazione degli indici suddetti consente di determinare il fabbisogno settimanale di attività degli specialisti nelle singole branche mediche, avuto riguardo alle esigenze del bacino di utenza di riferimento di ciascuna U.S.L.

(1) I valori indicano ipotesi di operatività minima delle singole branche specialistiche e non devono costituire standards rigidi di riferimento per l'attività stessa.

(2) Fabbisogno medio annuo di prestazioni relative alle esigenze di n. 100 unità di popolazione.

(3) La determinazione dell'impegno orario settimanale deve essere stimato in relazione alle dotazioni ed al loro grado di automazione, ed alla tipologia delle prestazioni.

(4) L'attività dovrà essere assicurata dal personale già operante nell'ambito del C.P.A. nonché, in via ambulatoriale, da quello delle divisioni ospedaliere di pneumologia.

(5) L'attività di diagnosi e di prescrizione è effettuata dagli specialisti medici delle singole branche (cardiologia, otorino, neurologia, ortopedia, internistica, ecc.), mentre l'attuazione tecnica degli interventi è effettuata da personale paramedico specializzato nei singoli indirizzi (logopedia, fisiochinesiterapia, terapia occupazionale ecc.) sia a livello domiciliare che a livello ambulatoriale ed ospedaliero.

(6) Per queste branche vengono confermate le ore in dotazione presso ogni singola USL.

(7) Viene mantenuta l'eccedenza di ore settimanali rispetto allo standards previsto:

a) nelle U.S.L. prive di strutture ospedaliere;

b) nelle U.S.L. con strutture ospedaliere per quelle specialità non presenti in queste ultime.

(8) Nei prospetti non vengono considerate le ore di attività specilistiche relative all'attività consultoriale.

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ATTIVITA' POLIAMBULATORIALE

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 1 Popolazione 202.7

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda % di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ —) (4 — 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	122	77	77	+ 65
Chirurgia	6	5	30	15	23	+ 7
Pediatria	4	9	81	61	61	+ 20
Dermatologia	7	4	20	29	29	− 9
Neurologia	4	4	41	11	18	+ 23
Urologia	5	1	10	—	—	+ 10
Ortopedia	5	6	41	44	44	− 3
Ostetricia	4	5	51	51	58	− 7
Otorino	6	10	61	61	61	=
Oculistica	5	13	101	52	65	+ 36
Odontoiatria	4	20	203	121	121	+ 82
Radiologia	4	18	182	70	88	+ 94
Analisi di Laborat.	20	90	182	—	—	+182
Pneumologia	4	—	—	12	36	—
Diabetologia	7	—	—	18	18	—
Terapia fisica	—	—	—	37	37	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aerosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 2 Popolazione 77.9

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda % di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ —) (4 — 6)
Cardiologia	4	13	47	12	18	+ 29
Chirurgia	6	5	12	6	6	+ 6
Pediatria	4	9	31	0	26	+ 5
Dermatologia	7	4	8	9	9	— 1
Neurologia	4	4	15	2	16	— 1
Urologia	5	1	4	—	—	+ 4
Ortopedia	5	6	15	12	12	+ 3
Ostetricia	4	5	19	6	23	— 4
Otorino	6	10	23	8	8	+ 15
Oculistica	5	13	39	17	20	+ 19
Odontoiatria	4	20	78	30	67	+ 11
Radiologia	4	18	70	—	24	+ 46
Analisi di Laborat.	20	90	42	—	30	+ 12
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	12	12	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 3 — Popolazione 35.128

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda % di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ —) (4 — 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	21	6	6	+ 15
Chirurgia	6	5	5	—	12	— 7
Pediatria	4	9	14	—	12	+ 2
Dermatologia	7	4	3	6	6	— 3
Neurologia	4	4	7	6	6	+ 1
Urologia	5	1	2	—	3	— 1
Ortopedia	5	6	7	—	—	+ 7
Ostetricia	4	5	9	—	8	+ 1
Otorino	6	10	10	—	8	+ 2
Oculistica	5	13	17	18	18	— 1
Odontoiatria	4	20	35	12	12	+ 23
Radiologia	4	18	32	18	18	+ 14
Analisi di Laborat.	20	90	32	—	12	+ 20
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 4 — Popolazione 65.821

BRANCA SPECIALISTICA	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	39	29	29	+ 10
Chirurgia	6	5	10	—	9	+ 1
Pediatria	4	9	26	24	28	— 2
Dermatologia	7	4	6	—	6	—
Neurologia	4	4	13	12	12	+ 1
Urologia	5	1	3	—	3	—
Ortopedia	5	6	13	—	15	— 2
Ostetricia	4	5	16	10	15	+ 1
Otorino	6	10	20	15	15	+ 5
Oculistica	5	13	33	18	18	+ 15
Odontoiatria	4	20	66	30	38	+ 28
Radiologia	4	18	59	12	44	+ 15
Analisi di Laborat.	20	90	59	—	80	— 21
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 5 — Popolazione 52.1

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda % di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ —) (4 — 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	51	9	9	+ 22
Chirurgia	6	5	9	4	4	+ 5
Pediatria	4	9	21	14	14	+ 7
Dermatologia	7	4	5	6	6	— 1
Neurologia	4	4	10	4	4	+ 6
Urologia	5	1	3	—	—	+ 3
Ortopedia	5	6	15	—	—	+ 15
Ostetricia	4	5	12	16	16	— 4
Otorino	6	10	17	5	5	+ 12
Oculistica	5	13	26	17	17	+ 9
Odontoiatria	4	20	50	16	16	+ 34
Radiologia	4	18	45	13	13	+ 32
Analisi di Laborat.	20	90	45	18	18	+ 27
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	6	6	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	18	18	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 6 — Popolazione 39.41

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda % di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ —) (4 — 6)
Cardiologia	4	13	25	19	26	— 1
Chirurgia	6	5	6	—	6	—
Pediatria	4	9	17	24	39	— 22
Dermatologia	7	4	4	8	8	— 4
Neurologia	4	4	8	5	10	— 2
Urologia	5	1	1	2	8	— 7
Ortopedia	5	6	9	6	10	— 1
Ostetricia	4	5	9	9	35	— 24
Otorino	6	10	13	16	16	— 3
Oculistica	5	13	20	14	15	+ 5
Odontoiatria	4	20	38	—	35	+ 3
Radiologia	4	18	34	30	35	— 1
Analisi di Laborat.	20	90	34	48	60	— 26
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	8	10	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 7 — Popolazione 93.302

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda % di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ —) (4 — 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	58	10	40	+ 18
Chirurgia	6	5	15	16	26	— 11
Pediatria	4	9	40	24	34	+ 6
Dermatologia	7	4	10	15	27	— 17
Neurologia	4	4	18	18	34	— 16
Urologia	5	1	4	3	3	+ 1
Ortopedia	5	6	21	14	14	+ 7
Ostetricia	4	5	22	32	42	— 20
Otorino	6	10	30	30	42	— 12
Oculistica	5	13	47	46	48	— 1
Odontoiatria	4	20	90	61	87	+ 3
Radiologia	4	18	81	30	60	+ 21
Analisi di Laborat.	20	90	81	30	70	+ 11
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	6	40	—
Medicina Interna	—	—	—	—	10	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	10	—
Aereosol Terapia	—	—	—	10	10	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 8 — Popolazione 32.025

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda % di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ —) (4 — 6)
Cardiologia	4	13	20	—	20	—
Chirurgia	6	5	5	—	20	— 15
Pediatria	4	9	14	7	20	— 6
Dermatologia	7	4	3	10	10	— 7
Neurologia	4	4	6	—	15	— 9
Urologia	5	1	1	—	—	+ 1
Ortopedia	5	6	7	—	10	— 3
Ostetricia	4	5	8	—	10	— 2
Otorino	6	10	10	21	21	— 11
Oculistica	5	13	16	6	10	+ 6
Odontoiatria	4	20	31	—	10	+ 21
Radiologia	4	18	28	—	20	+ 8
Analisi di Laborat.	20	90	28	—	—	+ 28
Pneumologia	—	—	—	—	10	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	6	6	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 9 — Popolazione 60.229

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda ‰ di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ —) (4 — 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	38	—	—	+ 38
Chirurgia	6	5	10	—	—	+ 10
Pediatria	4	9	26	22	22	+ 4
Dermatologia	7	4	7	—	—	+ 7
Neurologia	4	4	12	—	—	+ 12
Urologia	5	1	2	—	—	+ 2
Ortopedia	5	6	14	—	—	+ 14
Ostetricia	4	5	14	10	10	+ 4
Otorino	6	10	19	5	5	+ 14
Oculistica	5	13	30	—	—	+ 30
Odontoiatria	4	20	58	30	30	+ 28
Radiologia	4	18	52	—	—	+ 52
Analisi di Laborat.	20	90	52	—	—	+ 52
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 10 — Popolazione 22.299

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda ‰ di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ —) (4 — 6)
Cardiologia	4	13	14	—	—	+ 14
Chirurgia	6	5	4	—	—	+ 4
Pediatria	4	9	10	—	—	+ 10
Dermatologia	7	4	2	—	—	+ 2
Neurologia	4	4	4	—	—	+ 4
Urologia	5	1	1	—	—	+ 1
Ortopedia	5	6	5	—	—	+ 5
Ostetricia	4	5	5	—	—	+ 5
Otorino	6	10	7	—	—	+ 7
Oculistica	5	13	11	—	—	+ 11
Odontoiatria	4	20	21	—	—	+ 21
Radiologia	4	18	19	—	—	+ 19
Analisi di Laborat.	20	90	19	—	—	+ 19
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 11 Popolazione 27.543

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda ‰ di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ −) (4 − 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	17	—	14	+ 3
Chirurgia	6	5	4	—	4	—
Pediatria	4	9	12	6	11	+ 1
Dermatologia	7	4	3	—	3	—
Neurologia	4	4	5	—	6	— 1
Urologia	5	1	1	—	2	— 1
Ortopedia	5	6	6	—	7	— 1
Ostetricia	4	5	7	4	7	—
Otorino	6	10	9	7	7	+ 2
Oculistica	5	13	14	1	9	+ 5
Odontoiatria	4	20	26	—	18	+ 8
Radiologia	4	18	24	—	21	+ 3
Analisi di Laborat.	20	90	24	—	38	— 14
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 12 Popolazione 37.016

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda ‰ di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ −) (4 − 6)
Cardiologia	4	13	23	10	10	+ 13
Chirurgia	6	5	6	—	—	+ 6
Pediatria	4	9	16	5	5	+ 11
Dermatologia	7	4	4	10	10	— 6
Neurologia	4	4	7	—	—	+ 7
Urologia	5	1	1	—	—	+ 1
Ortopedia	5	6	9	—	—	+ 9
Ostetricia	4	5	9	11	11	— 2
Otorino	6	10	12	4	4	+ 8
Oculistica	5	13	18	18	18	—
Odontoiatria	4	20	36	—	—	+ 36
Radiologia	4	18	32	—	—	+ 32
Analisi di Laborat.	20	90	32	—	—	+ 32
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 13 — Popolazione 95.267

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda % di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ −) (4 − 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	60	61	64	— 4
Chirurgia	6	5	15	38	38	— 23
Pediatria	4	9	41	58½	102½	— 61½
Dermatologia	7	4	10	15	25	— 15
Neurologia	4	4	18	33	41	— 23
Urologia	5	1	4	30	30	— 26
Ortopedia	5	6	22	10	30	— 8
Ostetricia	4	5	23	30	59	— 36
Otorino	6	10	30	35	58	— 28
Oculistica	5	13	48	57	100	— 52
Odontoiatria	4	20	91	68	130	— 39
Radiologia	4	18	82	48	100	— 18
Analisi di Laborat.	20	90	82	50	100	— 15
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	6	6	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	40	—
Medicina Interna	—	—	—	30	36	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	6	30	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 14 — Popolazione 22.760

BRANCA SPECIALISTICA	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	13	12	16	— 3
Chirurgia	6	5	3	—	4	— 1
Pediatria	4	9	9	10	10	— 1
Dermatologia	7	4	2	4	6	— 4
Neurologia	4	4	4	6	6	— 2
Urologia	5	1	1	—	4	— 3
Ortopedia	5	6	5	—	10	— 5
Ostetricia	4	5	5	6	10	— 5
Otorino	6	10	7	6	12	— 5
Oculistica	5	13	11	7	14	— 3
Odontoiatria	4	20	21	15	30	— 9
Radiologia	4	18	19	18	30	— 11
Analisi di Laborat.	20	90	19	—	32	— 13
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA SANITARIA LOCALE N. 15 Popolazione 62.215

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda ‰ di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ −) (4 − 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	39	20	20	+ 19
Chirurgia	6	5	10	15	15	— 5
Pediatria	4	9	27	21	21	+ 6
Dermatologia	7	4	7	8	8	— 1
Neurologia	4	4	12	8	8	+ 4
Urologia	5	1	2	—	6	— 4
Ortopedia	5	6	14	8	8	+ 6
Ostetricia	4	5	15	13	13	+ 2
Otorino	6	10	20	16	16	+ 4
Oculistica	5	13	31	36	36	— 5
Odontoiatria	4	20	60	29	29	+ 31
Radiologia	4	18	54	16	16	+ 38
Analisi di Laborat	20	90	54	40	40	+ 14
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	10	10	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 16 Popolazione 55.204

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda ‰ di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ −) (4 − 6)
Cardiologia	4	13	34	20	20	+ 14
Chirurgia	5	6	8	12	12	— 4
Pediatria	4	9	24	6	6	+ 18
Dermatologia	7	4	6	—	—	+ 6
Neurologia	4	4	11	—	4	+ 7
Urologia	5	1	2	—	—	+ 2
Ortopedia	5	6	13	—	—	+ 13
Ostetricia	4	5	13	4	4	+ 9
Otorino	6	10	18	12	12	+ 6
Oculistica	5	13	28	18	18	+ 10
Odontoiatria	4	20	53	21	21	+ 32
Radiologia	4	18	48	30	30	+ 18
Analisi di Laborat	20	90	48	—	—	+ 48
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 17 Popolazione 90.225

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda ‰ di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ -) (4 – 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	56	—	9	+ 47
Chirurgia	6	5	14	12	12	+ 2
Pediatria	4	9	39	—	6	+ 33
Dermatologia	7	4	10	6	12	— 2
Neurologia	4	4	17	3	12	+ 5
Urologia	5	1	3	—	—	+ 3
Ortopedia	5	6	21	8	8	+ 13
Ostetricia	4	5	22	12	12	+ 10
Otorino	6	10	29	12	12	+ 17
Oculistica	5	13	45	7	12	+ 33
Odontoiatria	4	20	87	25	25	+ 62
Radiologia	4	18	78	24	24	+ 54
Analisi di Laborat.	20	90	78	—	12	+ 66
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	9	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 18 Popolazione 44.405

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda ‰ di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ -) (4 – 6)
Cardiologia	4	13	28	1	18	+ 10
Chirurgia	6	5	7	4	6	+ 1
Pediatria	4	9	19	—	15	+ 4
Dermatologia	7	4	5	—	4½	½
Neurologia	4	4	9	—	7½	+ 1½
Urologia	5	1	2	1½	2½	—
Ortopedia	5	6	10	—	7½	+ 2½
Ostetricia	4	5	11	1	9	+ 2
Otorino	6	10	14	1	10	+ 4
Oculistica	5	13	22	—	14	+ 8
Odontoiatria	4	20	43	12	27	+ 16
Radiologia	4	18	38	5	27	+ 11
Analisi di Laborat.	20	90	38	—	48	— 10
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	18	—
Medicina Interna	—	—	—	—	10	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda % di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ −) (4 − 6)
1	2	3	4	5	6	7
UNITA' SANITARIA LOCALE N. 19						Popolazione 60.635
Cardiologia	4	13	38	30	30	+ 8
Chirurgia	6	5	10	18	18	— 8
Pediatria	4	9	26	6	6	+ 20
Dermatologia	7	4	7	4	4	+ 3
Neurologia	4	4	12	10	10	+ 2
Urologia	5	1	2	4	4	— 2
Ortopedia	5	6	14	6	6	+ 8
Ostetricia	4	5	15	6	6	+ 9
Otorino	6	10	19	9	9	+ 10
Oculistica	5	10	23	18	18	+ 5
Odontoiatria	4	20	58	18	18	+ 40
Radiologia	4	18	52	31½	40	+ 12
Analisi di Laborat.	20	90	52	24	24	+ 28
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	6	6	—
Medicina Interna	—	—	—	6	6	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—
UNITA' SANITARIA LOCALE N. 20						Popolazione 179.451
Cardiologia	4	13	112	77	77	+ 35
Chirurgia	6	5	29	83	83	— 54
Pediatria	4	9	77	40	46	+ 31
Dermatologia	7	4	19	29	30	— 11
Neurologia	4	4	34	71	73	— 39
Urologia	5	1	7	11	15	— 8
Ortopedia	5	6	41	57	57	— 16
Ostetricia	4	5	43	62	62	— 19
Otorino	6	10	57	83	83	— 26
Oculistica	5	13	89	125	131	— 42
Odontoiatria	4	20	172	170	200	— 28
Radiologia	4	18	155	120	171½	— 16½
Analisi di Laborat.	20	90	155	170	190	— 35
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	84	84	—
Medicina Interna	—	—	—	30	30	—
Endocrinologia	—	—	—	—	2	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 21 Popolazione 159.985

BRANCA SPECIALISTICA	n. prestazioni erogabili a ora	domanda ‰ di prestazioni	ore settimanali occorrenti	ore attivate	ore in dotazione	esigenza (+ −) (4 − 6)
1	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	100	—	18	+ 82
Chirurgia	6	5	26	—	—	+ 26
Pediatria	4	9	69	—	37	+ 32
Dermatologia	7	4	17	—	—	+ 17
Neurologia	4	4	31	—	—	+ 31
Urologia	5	1	6	—	—	+ 6
Ortopedia	5	6	37	—	8	+ 29
Ostetricia	4	5	38	—	16½	+ 21½
Otorino	6	10	51	10	10	+ 41
Oculistica	5	13	80	—	13	+ 67
Odontoiatria	4	20	153	—	28	+125
Radiologia	4	18	138	—	—	+138
Analisi di Laborat.	20	90	138	—	—	+138
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	—	—	—
Medicina Interna	—	—	—	—	—	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	—	—	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

UNITA' SANITARIA LOCALE N. 22 Popolazione 78.056

BRANCA SPECIALISTICA	2	3	4	5	6	7
Cardiologia	4	13	49	9	24	+ 25
Chirurgia	6	5	12	12	12	=
Pediatria	4	9	34	16	16	+ 18
Dermatologia	7	4	8	12	12	— 4
Neurologia	4	4	15	18	18	— 3
Urologia	5	1	3	—	3	=
Ortopedia	4	6	22	14	14	+ 8
Ostetricia	4	5	19	12	18	+ 1
Otorino	7	10	21	12	12	+ 9
Oculistica	6	13	32	30	39	— 7
Odontoiatria	6	20	75	45	45	+ 3
Radiologia	4	18	67	36	36	+ 31
Analisi di Laborat.	20	90	67	35	35	+ 32
Pneumologia	—	—	—	—	—	—
Diabetologia	—	—	—	—	—	—
Terapia Fisica	—	—	—	18	18	—
Medicina Interna	—	—	—	20	20	—
Endocrinologia	—	—	—	—	—	—
Audiometria	—	—	—	6	6	—
Reumatologia	—	—	—	—	—	—
Angiochirurgia	—	—	—	—	—	—
Aereosol Terapia	—	—	—	—	—	—
Oncologia	—	—	—	—	—	—

RETE DEI LABORATORI DI ANALISI

La rete dei laboratori di analisi chimicho-cliniche e microbiologiche della Regione deve essere conforme ai criteri di seguito enunciati ed in attesa della prevista normativa regionale in materia, deve altresì essere conforme a quanto stabilito dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 febbraio 1984. Tale esigenza nasce dalla necessità di realizzare una strutturazione funzionale ed organizzativa che soddisfi concretamente le esigenze della popolazione, avuto riguardo al nuovo assetto operativo che con l'attuazione della riforma sanitaria si intende attribuire ai servizi, presidi e strutture sanitarie del territorio allo scopo di inserire i laboratori nella struttura pubblica per conferire la dovuta funzionalità, efficienza, affidabilità ed economicità e per assolvere a compiti di formazione del personale.

Occorre pertanto:

— prevedere una rete articolata di laboratori in grado di assolvere alle esigenze sanitarie connesse alle prestazioni diagnostico-conoscitive sia a fini preventivi che a fini curativi e riabilitativi, ferme restando le specifiche competenze dei laboratori di sanità pubblica;

— finalizzare la funzionalità dei singoli laboratori in relazione alla domanda di prestazioni in modo che la rispettiva capacità operativa risulti dimensionata alle effettive esigenze del bacino di utenza di riferimento integrata e coordinata con la rete regionale di tutti i laboratori, strutturata per realizzare una graduazione tecnica delle proprie competenze (tipologia, attrezzature, personale) rispetto a quelle che afferiscono agli altri laboratori della rete e preordinata a garantire le prestazioni comprese nel livello di intervento specifico attribuito;

— rispondere a precisi criteri di economicità di funzionamento in rapporto alla attività globalmente erogabile ai diversi livelli su scala regionale;

— pervenire, ove necesario, ad automatizzare l'attività dei laboratori per soddisfare in modo più moderno le esigenze di tipo pratico (celerità e prontezza nelle diagnosi), sociale (prevenzione), e di ordine scientifico;

— collegare i laboratori con idonei centri di prelievo fissi e itineranti a scala di distretto sanitario, ad evitare disagi ed onerosi spostamenti agli utenti;

— realizzare compiutamente:

1) la normalizzazione della dotazione di attrezzature in rapporto al livello del laboratorio;

2) la standardizzazione delle metodiche e la definizione uniforme ed omogenea dei «limiti normali regionali e di quelli ottimali desiderabili in rapporto al sesso ed all'età», nonché «i livelli discriminativi tra normalità e patologia» per fugare incertezze ed ambiguità interpretative a livello clinico;

3) i controlli di qualità intra-laboratorio ed inter-laboratori da attuare su scala regionale;

— attribuire ai laboratori personale sanitario laureato (biologi, chimici, fisici, medici), secondo il disposto dell'art. 2 del D.P.R. 761/1979, con rapporto di lavoro a tempo pieno allo scopo di utilizzare compiutamente le capacità professionali per le esigenze di assistenza sanitaria, di didattica e di ricerca scientifica;

— valutare l'opportunità di avvalersi delle strutture universitarie ove hanno sede Scuole di Specializzazione ad indirizzo laboratoristico.

L'organico minimo del personale dei laboratori generali di base è costituito da:

1) un direttore medico o biologo. Entrambi devono essere iscritti all'albo dell'ordine di appartenenza, essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e della specializzazione o della libera docenza in una delle branche attinenti al laboratorio di analisi cliniche o, in alternativa, della laurea in scienze biologiche e della specializzazione o della libera docenza in una delle branche attinenti il laboratorio di analisi, nelle quali è consentita, dalle norme vigenti, l'ammissione ai biologi. In alternativa alla specializzazione vale per entrambe le categorie un servizio di ruolo quinquennale presso pubblici laboratori di analisi di presidi ospedalieri, istituti universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, istituzioni sanitarie di cui all'articolo 41 della legge n. 833 del 1978, nonché presso i laboratori di analisi dell'Istituto superiore di sanità e del C.N.R..

   Nel caso che il direttore sia un biologo deve essere compreso tra i collaboratori un laureato in medicina;

2) un collaboratore laureato in medicina, biologia o chimica;

3) un tecnico di laboratorio diplomato;

4) un ausiliario con mansioni esecutive;

5) un addetto alle attività amministrative.

L'organico minimo del personale dei laboratori specializzati è il seguente:

a) per i laboratori di analisi chimico-cliniche e tossicologiche il personale previsto è uguale a quello dei laboratori di base. Il direttore può essere anche un

laureato in chimica iscritto all'albo professionale dei chimici

Nel caso che il direttore sia un chimico o un biologo deve essere compreso tra i collaboratori un laureato in medicina e chirurgia;

b) per i laboratori specializzati in microbiologia e sieroimmunologia, ematologia e genetica medica, virologia, il personale previsto è uguale a quello dei laboratori generali di base;

c) per i laboratori specializzati in citoistopatologia il personale previsto è uguale a quello dei laboratori generali di base. Il direttore responsabile deve essere un laureato in medicina e chirurgia munito dei requisiti indicati al punto 1).

L'organico dei settori specializzati dei laboratori generali di base deve prevedere almeno un laureato con i requisiti richiesti per la direzione della relativa branca specialistica.

Perché la rete di laboratori risponda a rigidi principi di economicità è necessario che l'attività non venga dispersa e frazionata attraverso piccole unità che, spesso collocate in singoli reparti, eseguono soltanto alcuni parametri.

Ciò deve indurre a far confluire in un unico servizio centralizzato dette attività; conferendo al servizio medesimo le necessarie dotazioni strumentali e di personale atte ad assicurare una continuità di lavoro nell'arco delle 24 ore, tempestività delle risposte ed efficienza operativa, che sopperiscano a tutte le esigenze che hanno costituito presupposto per una gestione autonoma e frazionata del servizio.

I principi fin qui esplicitati valgono, in linea generale ed in quanto compatibili, anche nei confronti delle strutture universitarie che svolgono compiti di assistenza.

Alla luce delle suddette considerazioni e per rispondere alle esigenze operative di cui sopra, vengono individuati per i laboratori i seguenti tipi funzionali di competenza tecnica:

— laboratori generali di base

— laboratori generali di base con settori specializzati

— laboratori specializzati.

Laboratori generali di base

I laboratori generali di base sono presidi unitari pluridisciplinari in grado di svolgere indagini chimicocliniche, ematologiche, microbiologiche e sierologiche quali funzioni di supporto diagnostico in ambito ospedaliero o per il medico di base o per la medicina specialistica ambulatoriale o domiciliare in attività mediche con finalità preventive, curative e riabilitative.

La loro collocazione è di norma nell'ospedale; laddove le condizioni obiettive lo richiedono, potranno trovare sistemazione in ambito poliambulatoriale.

Oltre alla responsabilità dell'esecuzione delle indagini analitiche, ad essi competono:

— attività di prelievo in sede
responsabilità e organizzazione degli eventuali centri di prelievo territorialmente collegati, in ordine ai prelievi stessi, alla trasmissione dei campioni e dei referti

— raccolta, catalogazione, elaborazione dei dati emersi dall'attività e collegamento col servizio informativo sanitario per la loro utilizzazione a fini statistico-epidemiologici e di programmazione.

L'attività dei laboratori generali di base - fermo restado il principio della flessibilità in rapporto alle situazioni logistiche nelle quali essi operano - dovrà garantire, come prescritto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri d'intesa con il Ministro della sanità del 10 febbraio 1984, le seguenti prestazioni:

(tutti gli esami sottoelencati non devono essere eseguiti con metodiche radioisotopiche)

CHIMICA CLINICA

Acido urico (S) (U)
Alfa-1- glicoproteina acida (mucoproteine)
Bicarbonati
Bilirubina frazionata
Bilirubina totale
Calcio (S) (U)
Cloro (S) (U)
Colesterolo totale
Colesterolo H D L
Creatinina (S) (U)
Creatinina clearance
Curva glicemica
Elettroforesi proteine seriche
Elettroforesi lipoproteine
Ferro totale
Ferro capacità legante
Fosforo inorganico (S) (U)
Glucosio (S) (U)
Immunoglobuline
Litio
Magnesio
Potassio (S) (U)
Proteine totali (S) (U)

Sodio (S) (U)
Trigliceridi
Urea (S) (U)

Enzimi:

Aldolasi
Amilasi (S) (U)
Colinesterasi
Creatinfosfochinasi
Fosfatasi acida totale e prostatica
Fosfatasi alcalina
Gamma glutamiltransferasi
Lattico deidrogenasi
Lipasi
Transaminasi A S T e A L T

Farmaci:

Salicilati

Ormoni e metaboliti ormonali:

Triiodotironina (T3)
Tiroxina (T4)
Acido vanilmandelico (U)
17-chetosteroidi totali (U)
H C G (U)
17-idrossicorticosteroidi (U)

CHIMICA E MICROSCOPIA CLINICA

Esame di calcoli e concrezioni
Esame chimico-fisico delle feci
Ricerca del sangue occulto nelle feci
Esame del latte muliebre (completo)
Intradermoreazione Casoni
Intradermoreazione alla tubercolina
Prova immunologica di gravidanza
Urine:
esame chimico, fisico e microscopico completo con eventuale valutazione quantitativa di glucosio e proteine
conta di Addis
prova di concentrazione
prova di diluizione

EMATALOGIA E IMMUNOEMATOLOGIA

Esame emocromocitometrico e morfologico
Formula leucocitaria
Conteggio reticolociti
Determinazione dell'ematocrito
Velocità di eritrosedimentazione
Resistenza osmotica eritrocitaria (test rapido)
Glucosio 6-fosfato deidrogenasi (test di screening)
Fibrinogeno
F.D.P.
Dosaggio antitrombina III
Tempo di emorragia
Tempo di protrombina (P T)
Tempo di tromboplastina parziale (P T T)
Conteggio piastrine
Screening dell'emostasi (tempo di emorragia, tempo di protrombina, tempo di tromboplastina parziale, conteggio piastrine)
Determinazione del gruppo ematico e del fenotipo Rh (anti D) secondo norme ministeriali
Test di Coombs diretto e indiretto
Cromatina di Barr

SIEROIMMUNOLOGIA

Sierologia della lue:
VDRL
Sierologia delle malattie reumatiche:
proteina C reattiva
test per artrite reumatoide
titolo antistreptolosinico
titolo antistafilolisinico
Sierologia delle infezioni batteriche:
reazione di agglutinazione per tipo-paratifi (Widal, con 5 antigeni)
per brucellosi (1 antigene, Wright)
Sierologia della mononucleosi
Antigene Hbs Ag (Au)

MICROBIOLOGIA E PARASSITOLOGIA

Esame microscopico:
a fresco (trichomonas, giardie, amebe, miceti, protozoi malarici)
con arricchimento per parassiti (uova di elminti nelle feci)
con colorazioni orientative
con colorazioni speciali:
1) per micobatteri
2) per protozoi
3) per difterici
4) per miceti

Urinocoltura quantitativa senza identificazione della specie.

Laboratori generali con settori specializzati

Oltre ad erogare le prestazioni dei suddetti laboratori generali di base, esplicano indagini diagnostiche ad alto livello tecnico-professionale in uno o più settori specializzati.

La loro collocazione è in ambito ospedaliero o universitario.

Laboratori specializzati

Sono strutture destinate ad esplicare indagini diagnostiche ad alto livello tecnico-professionale nei settori di competenza.

La loro collocazione è in ambito ospedaliero o universitario.

Ai laboratori generali con settori specializzati ed a quelli specializzati possono essere attribuite le funzioni di laboratorio di riferimento, in relazione ad un possibile coordinamento nei confronti dell'attività di altri laboratori, in rapporto al ruolo che essi rivestono quali strumenti tecnici per la «Commissione tecnica regionale» e per funzioni in rete di riferimento nei riguardi di più unità sanitarie locali o addirittura a livello regionale relativamente ad indagini per le quali elevata complessità, alto costo, ridotta richiesta, programmazione di un efficiente lavoro (esami per screening metabolici neonatali, ecc), sicurezza e facilità nell'inoltro dei campioni, ecc., rendono vantaggiosa l'organizzazione in rete.

Le prestazioni che detti laboratori dovranno garantire sono:

LABORATORIO SPECIALIZZATO PER LA CHIMICA CLINICA E TOSSICOLOGIA - ELENCO ESAMI (gli esami utilizzanti radioisotopi riguardano anche i laboratori di medicina nucleare).

Acido acetacetico ed acetone
Acido delta-amminolevolunico (ALA)
Acido fenilpiruvico
Acidi grassi liberi (FFA)
Acido 5-idrossiindolacetico (5 HIAA)
Acido ippurico
Acido lattico
Acido piruvico
Adrenalina e noradrenalina urine e plasma
ALA-deidrasi eritrocitaria
Alcool etilico
Alfa-fetoproteina
Ammoniaca
Antigene carcino-embrionale (CEA)
Barbiturici
Bromosulftaleina (test alla -) (BSF)
Catecolammine urinarie
17-chetosteroidi frazionati
Glinesteraisi (N. di dibucaina)
Coproporfirine
Creatina
Crioglobuline
Estriolo
Estrogeni totali
Emoglobina glicosilata
Galattosio
Idrossibutirrato deidrogenasi (HBDH)
Idrossiprolina (U) (S)
Immunoelettroforesi
Isoenzimi: LDH, CK, AST, ALP, ecc.
Lattosio
Osmolarità
pH, PCO_2, PO_2 (emogasometria)
Piombo (S) (U)
Piruvatochinasi (PK)
Pregnandiolo (U)
Pregnantriolo (U)
Rame
Posso Congo (test al -)
Steroidi urinari, dosaggio frazionato GLC (AS)
Test del sudore
Uroporfirina
Xilosio

Proteine specifiche del siero:

alfa 1-antitripsina
alfa 2-macroglobulina
aptoglobina
cerulosplasmina
frazioni C3 e C4 fissanti il complemento
transferrina

Esami eseguiti con metodiche radioisotopiche

Trijodotironina
Tiroxina
TBG
TSH
Cortisolo
GH (somatotropo)
Insulina
FSH
LH
HCG
Beta - HCG
HPL (lattogeno placentare)
Prolattina
Estrogeni totali (in gravidanza)
Estradiolo
Estriolo
Progesterone
Testosterone
Alfa 1-fetoproteina
Ig E totali
Digossina
Teofillina
Anticorpi dell'HBS Ag. anti C e anti E
Aldosterone

Paratormone

Ferritina

LABORATORIO SPECIALIZZATO DI EMATOLOGIA - ELENCO ESAMI

Curva di distribuzione volumetrica delle piastrine e degli altri elementi figurati del sangue

Lettura aspirato midollare

Colorazioni citochimiche e citoenzimatiche delle cellule del sangue midollare e periferico

Dosaggio Ferritina, vitamina B12 e acido folico

Test dell'autoemolisi

Dosaggio enzimi eritrocitari: G6PD, PK, GSSG-R

Dosaggio metaboliti eritrocitari: GSH

Ricerca delle emoglobine anomale (elettroforesi e quantizzazione per eluizione) e studio dell'affinità per l'ossigeno

Dosaggio dell'emoglobine alcali resistente

Determinazione fenomeno falcemia

Ricerca delle emazie fetali (Kleihauer e immunofluorescenza)

Determinazione della matecmoglobina, solfoemoglobina e carbossiemoglobina

Cariotipo delle cellule midollari e del sangue periferico

Determinazione delle popolazioni linfocitarie

Tempo di trombina

Dosaggio dei fattori della coagulazione

Studio della fibrinolisi e dosaggio dei diversi prodotti di degradazione del fibrinogeno

Tests di funzionalità piastrinica (aggregazione, adesività, ecc.)

Dosaggio degli inibitori della coagulazione e della fibrinolisi

Ricerca di auto ed isoanticorpi eritrocitari per la diagnosi delle anemie emolitiche

Ricerca di anticorpi, antipiastrine e antileucociti

Gruppi e sottogruppi sanguigni

LABORATORIO SPECIALIZZATO DI MICROBIOLOGIA E SIEROIMMUNOLOGIA - ELENCO ESAMI

Esame colturale di materiali clinici (sangue, urine, feci, liquor, secreto uretrale, essudato rino-faringeo, ecc) con isolamento e identificazione del microrganismo isolato

Antibiogramma sui ceppi isolati

Sierologia della lue (RW, TPHA, FTA - ABS)

Sierologia delle infezioni batteriche

Indagini sierologiche per:

a) Toxoplasma gondii (FC, agglutinazione diretta, immunofluorescenza indiretta, ELISA)

b) Rosolia (inibizione dell'emoagglutinazione, immunofluorescenza indiretta, ELISA)

c) Citomegalovirus (FC, ELISA, immunofluorescenza)

d) Herpes Simplex e altri virus della famiglia herpes virile

Sierologia per echinococcosi (Ghedini - Weimberg, emoagglutinazione passiva)

Ricerca della larva migrans

Esame microscopico a fresco o con colorazione per p. malarica, della leishmania e altri protozoi

LABORATORIO SPECIALIZZATO DI VIROLOGIA ELENCO ESAMI

Isolamento e identificazione dell'agente virale in materiali clinici (essudato rino-faringeo gargarizzato, escreato, feci, urine, sangue, liquor, raschiato lesioni cutanee, ecc.) mediante inoculazione in colture di cellule e/o uova embrionate, animali recettivi, e in materiali di varia provenienza per indagini epidomiologiche

Indagini sierologiche (fissazione del completamento, inibizione dell'emoagglutinazione, immunofluerescenza indiretta, ELISA)

LABORATORIO SPECIALIZZATO DI GENETICA MEDICA - ELENCO ESAMI

Cariotipo linfociti periferici

Cariotipo midollo osseo

Colture di cellule amniotiche per diagnosi prenatale

Tecniche bandeggio cromosomico

Cromatina sessuale

Gruppi sanguigni

Determinazione antigeni della istocompatibilità (HLA)

Blastizzazione da mitogeni

Colture miste linfocitarie unidirezionali

Determinazione enzimi in colture cellulari

LABORATORIO SPECIALIZZATO DI CITOISTOPATOLOGIA - ELENCO ESAMI

Esame microscopico su liquidi (sangue, urine, liquido cefalorachidiano, sperma, ecc.) ed annessi cutanei provenienti dagli organismi viventi

Determinazione cromatina sessuale

Cariotipo

Esame istologico per inclusione di materiale proveniente dagli organismi viventi

Esami istologici al congelatore

Citologia oncologica

Citologia ormonale

La dotazione minima strumentale varia in rapporto alle differenti funzioni dei laboratori fermo restando che per i laboratori generali di base essa debba almeno garantire:

banchi di lavoro idonei al tipo e al carico di lavoro;
cappa chimica con aspiratore;
armadi per una idonea conservazione della vetreria e del reagentario;

due centrifughe di cui una per microematocriti;

deionizzatore da disponibilità di H_2O distillata;

almeno due frigoriferi di capacità sufficiente alla conservazione di reattivi termo-labili e di campioni, di cui uno fornito di congelatore a — 25°;

bilancia analitica fino a 1 mgr e bilancia tecnica;
termostato;

stufa a secco termoregolabile almeno fino a 250°;

autoclave;

due bagnomaria termoregolabili e termometro di controllo;

agitatore orizzontale;

due microscopi binoculari di cui almeno uno con obiettivo 100 e con accessori atti ad effettuare esami, con contrasto di fase;

fotometro con possibilità di misura nel vicino uv (340 mm) con cellette termostatate;

un fotometro a fiamma (o in alternativa, un potenziometro con elettrodi specifici per Na+oK+);

attrezzatura per elettroforesi completa di alimentatore e vasca di separazione nonché di densitometro;

agglutinoscopio;

apparecchio automatico o semiautomatico per la determinazione dei tests emocoagulativi (suggerito in relazione al carico di lavoro);

contaglobuli elettronico (suggerito in rapporto al carico di lavoro);

cronometro a timer;

pompa da vuoto ad acqua;

ph metro.

I presidi specializzati e i settori specializzati aggregati ai laboratori generali di base devono essere in possesso della strumentazione specifica dell'attività specialistica e consistente al minimo di:

A) *Chimica clinica e tossicologia:*

spettrofotometro registratore a banda stretta (per tutte le esigenze della spettrofotometria assoluta e per il controllo di purezza di alcuni standards primari);

spettrofluorimetro;

emogasanalizzatore;

cromatografo in fase gassosa o liquida;

centrifuga refrigerata.

Inoltre, qualora vengano effettuate analisi radioisotopiche in vitro:

locali con sistemi di protezione previsti dalla vigente legislazione sulla protezione dalle radiazioni ionizzanti;

spettrometro per conteggi di radiazioni gamma e/o beta;

sistema di raccolta e di smaltimento del materiale radioattivo in decadimento secondo quanto stabilito dalla normativa in materia;

materiale di consumo (pipette, provette, ecc.) a perdere idoneo per l'esecuzione di esami radioisotopici in vitro;

apparecchiature per il lavaggio e la decontaminazione.

B) *Ematologia:*

agitatore del sangue intero;

contatori automatici basati su un sistema elettronico per la determinazione dei sette parametri fondamentali di globuli rossi, globuli bianchi e piastrine;

microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo oscuro, a contrasto di fase e a fluorescenza;

strumentazione e materiale idonei per esame citologico e citochimico del sangue periferico e del midollo;

strumentazione automatica o semiautomatica per lo studio della funzionalità e della sintesi dei fattori dei meccanismi intrinseco ed estrinseco, della fibronolisi, della funzionalità piastrinica e degli inibitori della coagulazione;

strumentazione e materiali idonei per ricerche di immunoematologia e per lo studio delle proteine sieriche;

strumentazione e materiali idonei per lo studio e caratterizzazione delle emoglobinopatie a livello delle alterazioni strutturali e funzionali;

strumentazione e materiali idonei per lo studio degli enzimi eritrocitari;

centrifuga refrigerata.

C) *Microbiologia e sieroimmunologia:*

un microscopio con possibilità di osservazione in campo oscuro, a contrasto di fase e a fluorescenza;

una centrifuga a testata multipla;

un banco o più banchi di lavoro;

una cappa a flusso laminare verticale;
armadio termostatico.

D) *Citoistopatologia:*

un microtomo;

una stufa per inclusioni;

sistema adeguato per la preparazione dell'inclusione e per le colorazioni cito-fisiopatologiche fondamentali;

microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo oscuro, a contrasto di fase e a fluorescenza;

un microtomo congelatore;

una citocentrifuga;

istoteca adeguata.

E) *Virologia:*

un microscopio rovesciato;

un microscopio binoculare con possibilità di osservazione in campo oscuro, a contrasto di fase e a fluorescenza;

un locale per stabulario;

due incubatrici per uova embrionate;

due termostati per coltura a pressione controllata di CO_2;

un'attrezzatura per coltura di cellule;

un congelatore a − 20° C;

un frigorifero a − 70° C;

un dispositivo per filtrazione; idonei dispositivi per l'esecuzione automatica o semiautomatica delle principali indagini sierologiche (suggerito);

cappa a flusso verticale;

cappa a flusso laminare.

F) *Genetica medica:*

termostato per colture cellulari;

centrifuca idonea per la preparazione del materiale cellulare;

microscopio a contrasto di fase a fluorescenza attrezzato per miscrofotografie;

attrezzatura idonea per le colorazioni citogenetiche;

attrezzatura idonea per l'identificazione di markers genetici.

I settori specializzati annessi ai laboratori generali di base possono utilizzare apparecchiature già in dotazione al laboratorio generale, ove ciò sia consentito dal carico di lavoro complessivo.

Tenuto conto dell'alto numero di prestazioni erogate, al fine di ottimizzare il lavoro (attraverso la migliore utilizzazione e razionalizzazione dei tempi, l'eliminazione di errori connessi a eccessiva manualità e numerose trascrizioni, ecc.) e in vista di utlizzare a fini statistico-epidemiologici e di programmazione sanitaria la mole di dati rilevati nell'attività lavorativa, è indispensabile che i laboratori generali con settori specializzati e quelli specializzati siano dotati di sistemi computerizzati per l'automazione nei flussi di lavoro e l'elaborazione dei dati.

Centri di prelievo

In rapporto ad obiettive condizioni di disagio per l'utenza dei laboratori connesse all'assetto del territorio, alla vialibilità, ecc. possono essere previsti centri o punti di prelievo, fissi o itineranti, quali strutture decentrate del laboratorio.

L'organizzazione del centro di prelievo deve assicurare:

— il rispetto delle prescritte indicazioni in ordine alattività di prelievo;

— tutte le cautele relative alla fase di trasporto dei campioni e reperti biologici in relazione all'affidabilità dei risultati e alla protezione igienica;

— la possibilità, in rapporto all'esame richiesto ed al materiale prelevato, di procedere ad una preparazione preliminare del campione.

UBICAZIONE TERRITORIALE DEI LABORATORI DI ANALISI E DEI CENTRI DI PRELIEVO [1]

U.S.L. N. 1 - Popolazione 202.722

OO.RR. — SASSARI — *Laboratorio generale con settori specializzati* I

OO.RR. — SASSARI — *Laboratorio generale con settori specializzati* II

Laboratorio di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche (Ospedale Conti - Sassari): dovrà essere integrato nelle strutture laboratoristiche ospedaliere.

Laboratorio del Centro di Medicina Preventiva e Sociale di Sassari: assumerà le funzioni di *Laboratorio generale di base*. In quanto tale, ad esso afferiranno le funzioni attualmente svolte presso i poliambulatori ex INAM ed ex ENPAS di Sassari.

L'esistenza, nell'ambito dell'U.S L., di numerosi laboratori universitari suggerisce di incrementare la collaborazione con essi anche al fine di aver garantite funzioni di riferimento altamente qualificate.

Prioritariamente si ritiene opportuno il potenziamento di tali rapporti relativemente ai laboratori specializzati per analisi microbiologiche e virologiche.

U.S.L. N. 2 - Popolazione 77.981

Ospedale di Alghero
Laboratorio generale di base
che assorbirà tutte le funzioni che afferiscono al *Poliambulatorio ex INAM.*

Ospedale di Thiesi
Laboratorio generale di base

Ospedale di Ittiri
Laboratorio generale di base

Poliambulatorio di Bonorva
(riconversione dell'Ospedale): *Centro di prelievi*

U.S.L. N. 3 - Popolazione 35.128

Ospedale di Tempio Pausania
Laboratorio generale di base
che assorbirà tutte le funzioni che afferiscono al *Polibulatorio ex INAM.*

U.S.L. N. 4 - Popolazione 65.821

Ospedale di Olbia
Laboratorio generale di base
che assorbirà tutte le funzioni che afferiscono al *Poliambulatorio ex INAM.*

Ospedale di La Maddalena
Laboratorio generale di base
(considerata l'insularità).

U.S.L. N. 5 - Popolazione 52.190

Ospedale di Ozieri
Laboratorio generale di base
che assorbirà tutte le funzioni che afferiscono al *Poliambulatorio ex INAM.*
Nel Poliambulatorio di Bono e Benetutti opererà un centro di prelievi.

U.S.L. N. 6 - Popolazione 39.419

Ospedale Bosa/Macomer
Laboratorio generale di base

Poliambulatorio di Macomer/Bosa
Le funzioni attualmente svolte dovranno afferire alla struttura laboratoristica ospedaliera.

U.S.L. N. 7 - Popolazione 93.302

Ospedale S. Francesco - Nuoro
Laboratorio generale con settori specializzati.

Ospedale Zoncello - Nuoro
Laboratorio generale di base
con settori specializzati che assorbirà tutte le funzioni che afferiscono al Poliambulatorio dell'U.S.L. con l'attivazione del servizio da parte dell'Ospedale.

---

(1) Oltre a quelli indicati, ciascuna U.S.L. — in rapporto alla vastità del territorio ed alle difficoltà della rete viaria e di collegamento — valuterà l'opportunità di attivare centri di prelievo in distretti periferici.

U.S.L. N. 8 - Popolazione 32.025

Poliambulatorio di Siniscola (in costruzione)	*Laboratorio generale di base* In attesa del completamento del Poliambulatorio va previsto un centro di prelievi che farà capo al laboratorio dell'Ospedale Zonchello di Nuoro.

U.S.L. N. 9 - Popolazione 60.229

Ospedale di Lanusei	*Laboratorio generale di base*
Poliambulatorio di Tortolì	*Centro di prelievo*

U.S.L. N. 10 - Popolazione 22.299

Ospedale di Sorgono	*Laboratorio generale di base*

U.S.L. N. 11 - Popolazione 27.543

Ospedale di Isili	*Laboratorio generale di base*

U.S.L. N. 12 - Popolazione 37.016

Ospedale di Ghilarza	*Laboratorio generale di base*

U.S.L. N. 13 - Popolazione 95.267

Ospedale di Oristano	*Laboratorio generale con settori specializzati*
Poliambulatorio ex INAM (Oristano)	Le funzioni attualmente svolte dovranno afferire alla struttura laboratoristica ospedaliera quando quest'ultima sara in grado di garantirla

U.S.L. N. 14 - Popolazione 22.760

Ales	*Laboratorio generale di base* nell'ambito del Poliambulatorio.

U.S.L. N. 15 - Popolazione 62.515

Ospedale di San Gavino	*Laboratorio generale di base*
Poliambulatorio ex INAM - Guspini	Centro di prelievi

U.S.L. N. 16 - Popolazione 55.204

E' opportuno centralizzare tutte le strutture in un unico *Laboratorio generale di base* presso l'Ospedale S. Barbara di Iglesias.

U.S.L. N. 17 - Popolazione 90.225

Ospedale di Carbonia	*Laboratorio generale di base*
Poliambulatorio ex INAM - Carbonia	Le funzioni attualmente svolte dovranno afferire alla struttura laboratoristica ospedaliera.
Carloforte	*Centro di prelievi* (considerata l'insularità)

U.S.L. N. 18 - Popolazione 44.405

Ospedale di Muravera	*Laboratorio generale di base*
Poliambulatorio di Senorbì	*Centro di prelievi* (in collegamento con il Laboratorio generale di base di Sanluri)

U.S.L. N. 19 - Popolazione 60.635

Poliambulatorio ex INAM - Sanluri	*Laboratorio generale di base*

U.S.L. N. 20 - Popolazione 179.451

Ospedale S. Giovanni di Dio	*Laboratorio generale con settori specializzati*
Ospedale Binaghi	*Laboratorio generale con settori specializzati*
Ospedale Marino	*Laboratorio generale di base*
Poliambulatorio ex INAM - Decimomannu	*Laboratorio generale di base*
Poliambulatorio ex INAM - Viale Bonaria Poliambulatorio ex ENPAS - Via XX Settembre	Le funzioni attualmente svolte dovranno afferire alle strutture laboratoristiche ospedaliere
Poliambulatorio ex CC.DD. - Via San Lucifero Poliambulatorio ex INAM - Viale Trieste	Laboratori generali di base

Consorzio Regionale Sanitario per la lotta contro i tumori - Cagliari - Via Logudoro

L'esistenza, nell'ambito dell'U.S.L., di numerosi laboratori universitari suggerisce di incrementare la collaborazione con essi anche al fine di avere garantite funzioni di riferimento altamente qualificate.

Prioritariamente si ritiene opportuno il potenziamento di tali rapporti relativamente ai laboratori specializzati per analisi microbiologiche e virologiche.

U.S.L. N.21 - Popolazione 159.745

Ospedale SS. Trinità	*Laboratorio generale con settori specializzati*
Ospedale S. Michele	*Laboratorio generale con settori specializzati*
Ospedale Oncologico Ospedale microcitemico	Laboratorio generale con settori specializzati e funzioni di riferimento per le competenze specifiche.

Consorzio Regionale Sanitario per la lotta contro i tumori - Cagliari - Via Gorizia.

U.S.L. N. 22 - Popolazione 78.056

Poliambulatorio di Quartu S.E.	*Laboratorio generale di base*

RETE DEI SERVIZI DI RADIOLOGIA

La rete regionale dei servizi di radiologia deve essere in grado di far fronte alla domanda di prestazioni diagnotico-conoscitive sia a fini preventivi che curativi e riabilitativi.

La articolazione territoriale dei servizi, mentre deve soddisfare ad ovvi principi di economicità gestionale, deve nel contempo garantire una efficienza organizzativa che risponda concretamente ai bisogni della popolazione evitando, o quanto meno contenendo, disagi anche economici.

Infatti, i suddetti motivi di efficienza, razionalità ed economicità permettono di individuare la dimensione minima del bacino di utenza del servizio per l'attività ambulatoriale intorno a 30.000 abitanti.

Ciò determina, in alcuni casi, considerata la distribuzione e la relativa densità demografica regionale, una ubicazione dei servizi che, pur risultando baricentrica rispetto al bacino di utenza, non soddisfa completamente le esigenze connesse ad una percorrenza, e quindi ad un accesso ai servizi, in tempi ristretti.

Obiettivo prioritario è quello di potenziare i servizi radiologici presso la struttura pubblica al fine di assicurarne la piena capacità operativa che, nel rispetto dei canoni della unicità dell'intervento sanitario, si concretizza tra l'altro attraverso il loro dimensionamento in relazione alle effettive esigenze di ogni singolo bacino di utenza, nonché realizzando l'indispensabile integrazione e coordinamento con la rete regionale di tutti i servizi di radiologia per consentire la necessaria graduazione tecnica delle singole competenze.

La continua e rapida evoluzione tecnologica che interessa le apparecchiature radiologiche, nonché i progressi determinatisi nel campo delle protezioni anti Rx, implicano l'esigenza di apportare, ove necessario, quei

miglioramenti ed adeguamenti tecnici che si traducono, ovviamente, in concreti benefici qualitativi e quantitativi dell'attività lavorativa, e garantiscono una più precisa completa e rapida risposta al quesito diagnostico.

La situazione connessa ai servizi radiologici extra ospedalieri risulta invece, spesso, carente ed in questo senso è opportuno indirizzare gli interventi finanziari, sulla scorta delle indicazioni di seguito formulate.

Una analisi delle prospettive afferenti alla realizzazione della rete di detti servizi deve inoltre ricomprendere l'attività già di competenza dei Consorzi Provinciali Antitubercolari al fine di integrarne le funzioni con i presidi poliambulatoriali ed ospedalieri sul territorio.

Per determinare presuntivamente le esigenze relative alla presenza territoriale dei servizi di radiologia per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali di base si ritiene opportuno muovere dai seguenti presupposti:

— che la domanda di prestazioni per un bacino di utenza di 30.000 abitanti possa essere soddisfatta attraverso la funzionalità del servizio per circa 23 ore settimanali;

— che il tempo medio di funzionalità giornaliera della singola diagnostica non superi il tetto di circa 7 ore, per complessive 40 ore settimanali;

— che l'attività dei servizi venga garantita anche nelle ore pomeridiane attraverso l'utilizzazione di specialisti in turni di lavoro rispondenti a questa logica;

— che i servizi radiologici dei presidi ospedalieri, cui è opportuno attribuire personale sanitario con rapporto di lavoro a tempo pieno allo scopo di utilizzare compiutamente le capacità professionali per le esigenze di assistenza sanitaria, di didattica e di ricerca scientifica, svolgano attività integrative di quella di base partecipando compiutamente al soddisfacimento di tutte le esigenze nel settore specifico.

Le considerazioni fin qui svolte determinano, quindi, l'esigenza di individuare i livelli funzionali di competenza tecnica dei servizi, che in relazione alla attività ambulatoriale di base, si identificano essenzialmente attraverso i seguenti esami:

TORACE

— Radiografia standard del torace o teleradiografia con radioscopia
— Rinofaringe
— Laringografia opaca

APPARATO DIGERENTE

— Esame di addome a vuoto in duplice proiezione
— Esofago
— Apparato digerente parziale: stomaco e duodeno
— Apparato digerente parziale: tenue e colon
— Apparato digerente completo
— Clisma opaco
— Clisma opaco più insufflazione
— Scialografia a vuoto

FEGATO E VIE BILIARI

— Via biliari con contrasto per via orale

RENE E VIE URINARIE

— Rx diretta renovescicale

APPARATO GENITALE FEMMINILE

— Determinazione dei diametri pelvici

APPARATO SCHELETRICO

— Cranio
— Cranio completo
— Ossa nasali
— Sella turcica
— Mastoidi o rocche petrose e forami ottici
— Emimandibola
— Denti
— Arcata dentaria completa
— Bacino
— Scheletro toracico costale
— Sterno
— Colonna vertebrale - tratto cervicale
— Colonna vertebrale - tratto dorsale
— Colonna vertebrale - tratto lombosacrale
— Arti piccoli segmenti o piccole articolazioni
— Arti grandi segmenti (braccio, avambraccio, coscia, gamba) o grandi articolazioni (coxofemorale - spalla - ginocchio - gomito - tibio-tarsica)

RICERCHE SPECIALI

— Stratigrafia delle ossa
— Stratigrafia monolaterale del torace

Per assolvere le funzioni di base sopra indicate la dotazione standard di attrezzature è costituita da:

1) apparecchio telecomandato con stratigrafo ed amplificatore di brillanza;

2) Sviluppatrice automatica;

3) Ortopantografo.

UBICAZIONE TERRITORIALE DEI SERVIZI DI RADIOLOGIA

U.S.L. N. 1 - Popolazione 202.722
Poliambulatorio ex INAM - Sassari
Poliambulatria ex CC.DD. - Sassari
Poliambulatorio ex ENPAS - Sassari
Ospedali Riuniti - Sassari

U.S.L. N. 2 - Popolazione 77.981
Ospedale Ittiri
Ospedale Thiesi
Poliambulatorio ex INAM - Alghero — che assolverà anche alle funzioni della sezione dispensariale di Alghero.
Poliambulatorio Bonorva — in conseguenza della riconversione dell'Ospedale che assolverà anche alle funzioni della sezione disponsariale di Bonorva.
Ospedale Civile - Alghero

U.S.L. N. 3 - Popolazione 35.127
Poliambulatorio ex INAM - Tempio — che asserverà anche alle funzioni della Sezione dispensariale di Tempio.
Ospedale «P. Dettori» - Tempio

U.S.L. N. 4 - Popolazione 65.821
Poliambulatorio ex INAM - Olbia
Ospedale Civile - Olbia
Ospedale Civile - La Maddalena

U.S.L. N. 5 - Popolazione 52.190
Poliambulatorio ex INAM - Ozieri — che assolverà anche alle funzioni della sezione dispensariale di Ozieri
Sezione dispensariale di Bono — la cui attività sarà ricompresa nell'ambito del poliambulatorio di Benetutti quando sarà attivato.
Ospedale «A. Segni» - Ozieri

U.S.L. N. 6 - Popolazione 39.419
Poliambulatorio ex CC.DD. — che assolverà anche alle funzioni della Sezione dispensariale di Macomer
Ospedale Crespellani - Bosa

U.S.L. N. 7 - Popolazione 93.302
Poliambulatorio ex INAM - Nuoro
Dispensario antitubercolare - Nuoro
Ospedale «S. Francesco» - Nuoro
Ospedale «Zonchello» - Nuoro

U.S.L. N. 8 - Popolazione 32.025
Poliambulatorio Siniscola (in costruzione) — che assolverà anche alle funzioni della sezione dispensariale di Siniscola recentemente ristrutturata.

U.S.L. N. 9 - Popolazione 60.229
Poliambulatori ex INAM - Lanusei
Ospedale di Lanusei
Poliambulatorio di Tortolì } assolveranno anche alle funzioni della sezione dispensariale di Lanusei

U.S.L. N. 10 - Popolazione 22.299
Ospedale di Sorgono — che assolverà anche alle funzioni della sezione dispensariale di Sorgono.

U.S.L. N. 11 - Popolazione 27.543
Ospedale di Isili — che assolverà anche alle funzioni della sezione dispensariale di Isili.

U.S.L. N. 12 - Popolazione 37.016
Ospedale di Ghilarza — che assolverà anche alle funzioni della sezione dispensariale di Ghilarza.

U.S.L. N. 13 - Popolazione 95.267
Poliambulatorio ex INAM - Oristano
Ospedale S. Martino - Oristano
Dispensario antitubercolare - Oristano

U.S.L. N. 14 - Popolazione 22.760
Poliambulatorio Ales

U.S.L. N. 15 - Popolazione 62.515
Poliambulatorio ex INAM - Guspini
Sezione dispensariale di Guspini
Ospedale Crespellani - San Gavino

U.S.L. N. 16 - Popolazione 55.204
Poliambulatorio ex INAM - Iglesias — che assolverà anche alle funzioni della sezione dispensariale di Iglesias.
Ospedale S. Barbara - Iglesias
Ospedale C.T.O. - Iglesias

U.S.L. N. 17 - Popolazione 90.225
Poliambulatorio ex INAM - Carbonia — che assolverà anche alle funzioni della sezione dispensariale di Carbonia.
Ospedale «Sirai» - Carbonia

U.S.L. N. 18 - Popolazione 44.405
Poliambulatorio ex CC.DD. - Senorbì
Ospedale «S. Marcellino» - Muravera

U.S.L. N. 19 - Popolazione 60.635
Poliambulatorio ex INAM - Sanluri

U.S.L. N. 20 - Popolazione 179.451
Ospedale «S. Giovanni di Dio» - Cagliari
Ospedale «Binaghi» - Cagliari
Ospedale Marino - Cagliari
Poliambulatorio ex INAM - Cagliari - V.le Bonaria
Poliambulatorio ex INAM - Cagliari - V.le Trieste
Poliambulatorio ex CC.DD. - Cagliari - Via San Lucifero
Poliambulatorio ex ENPAS - Cagliari - Via XX Settembre
Poliambulatorio ex INAM - Decimomannu

U.S.L. N. 21 - Popolazione 159.985
Ospedale I.N.R.C.A. - Pirri
Ospedale SS. Trinità - Cagliari
Ex Dispensario Antitubercolare - Cagliari
Ospedale S. Michele - Cagliari
Ospedale «A. Businco» - Cagliari
Ex Consorzio Regionale Sanitario
per la lotta contro i Tumori - Cagliari - Via Gorizia

U.S.L. N. 22 - Popolazione 78.056
Poliambulatorio ex INAM - Quartu S. Elena

AREA DELLE FUNZIONI OSPEDALIERE

L'area della medicina specialistica trova una sua particolare qualificazione negli ospedali. L'attuazione della riforma sanitaria costituisce un'occasione unica per integrare queste strutture della rete dei presidi di base e per realizzare una elevata qualificazione delle loro attività che devono essere concentrate fondamentalmente nell'ambito diagnostico-terapeutico.

Per adeguarsi alla maturazione di una coscienza socio-sanitaria e seguendo le indicazioni emerse nell'ultimo decennio dai progressi delle varie discipline mediche, si tende oggi ad affermare il nuovo concetto di «ospedalizzazione» in sostituzione dell'ormai anacronistico concetto di «ricovero», sempre nell'intento di privilegiare il momento della prevenzione, della diagnostica precoce e della possibilità di un conseguente intervento terapeutico mirato e qualificato.

L'Ospedale si presenta infatti come una fondamentale struttura di riferimento dell'intero Servizio Sanitario, dinamicamente ed organicamente inserita ed articolata nel territorio e nel contesto socio-economico e sanitario della U.S.L. di appartenenza, in stretto collegamento non solo con i Distretti Sanitari di Base e con i Poliambulatori, ma anche con gli altri Ospedali e le altre strutture sanitarie della Provincia ed eventualmente della Regione. Come tale, non può e non deve intendersi come realtà multidisciplinare finalizzata alla erogazione limitativa di prestazioni specialistiche meramente terapeutiche.

La programmazione della rete di presidi ospedalieri secondo questi criteri, obbliga a muoversi lungo quattro direttrici fondamentali:

a) la verifica quanti-qualitativa della situazione esistente, che comporta l'esigenza di predisporre una mappa dei servizi atualmente in funzione evidenziandone le condizioni strutturali, i livelli funzionali ed organizzativi e l'efficienza ed efficacia delle prestazioni da essi erogati, unitamente alla loro distribuzione territoriale;

b) l'accertamento delle iniziative in corso, che richiede un puntuale censimento delle singole opere, dello stato di avanzamento dei lavori, della congruità della loro utilizzazione e delle eventuali possibilità di riconversione, dei tempi ancora necessari per il loro completamento, dei fabbisogni finanziari che ne garantiscano il rispetto;

c) la definizione di un modello ottimale, al quale riportare anche le decisioni di cui al punto b) e tutte quelle altre necessarie a programmare lo sviluppo e la qualificazione del settore;

d) la precisazione degli obiettivi del triennio di pian me espressione della capacità del servizio san regionale e delle singole U.S.L. di muoversi con mente in direzione del raggiungimento dei livell grammatici stabiliti:

SITUAZIONE ESISTENTE

Per ogni U.S.L. si fa riferimento ai presidi ospe ri e alle cliniche universitarie convenzionate; alle cl ed istituti universitari a gestione diretta; ai posti comunque afferenti all'Università; alle case di cur vate convenzionate

U.S.L. n. 1
— Presidi Ospedalieri — p.l.
— Cliniche Universitarie Convenzionate — p.l.
— Cliniche e Istituti Universitari a gestione diretta — p.l.
— Case di Cura Private convenzionate — p.l.

Totale

U.S.L. n. 2
— Presidi Ospedalieri — p.l.

Totale

U.S.L. n. 3
— Presidi Ospedalieri — p.l.

Totale

U.S.L. n. 4
— Presidi Ospedalieri — p.l.

Totale

U.S.L. n. 5
— Presidi Ospedalieri — p.l.

Totale

U.S.L. n. 6
— Presidi Ospedalieri — p.l.

Totale

U.S.L. n. 7
— Presidi Ospedalieri — pl.

Totale

U.S.L. n. 8
— Non ha Presidi Ospedalieri

U.S.L. n. 9
— Presidi Ospedalieri — p.l.
— Case di Cura Private Convenzionate — p.l.

Totale

U.S.L. n. 10

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	60
	Totale	60

U.S.L. n. 11

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	118
	Totale	118

U.S.L. n. 12

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	125
	Totale	125

U.S.L. n. 13

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	286
— Case di Cura Private Convenzionate	— p.l.	189
	Totale	475

U.S.L. n. 14

— Non ha Presidi Ospedalieri

U.S.L. n. 15

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	186
	Totale	186

U.S.L. n. 16

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	463
	Totale	463

U.S.L. n. 17

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	396
	Totale	396

U.S.L. n. 18

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	55
	Totale	55

U.S.L. n. 19

— Non ha Presidi Ospedalieri

U.S.L. n. 20

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	499
— Cliniche Universitarie Convenzionate	— p.l.	786
— Cliniche e Istituti Universitari a gestione diretta	— p.l.	310
— Case di Cura Private Convenzionate	— p.l.	743
	Totale	2338

U.S.L. n. 21

— Presidi Ospedalieri	— p.l.	1371
— Cliniche Universitarie Convenzionate IIª Clinica Pediatrica - Day-Hospital (Ospedale Microcitemico)		
— Case di Cura Private Convenzionate	— p.l.	210
	Totale	1581

U.S.L. n. 22

— Case di Cura Private Convenzionate	— p.l.	67
	Totale	67

INIZIATIVE IN CORSO

Il Piano sanitario regionale si trova ad assumere decisioni operative definitive, almeno per il prossimo triennio, riguardo alle numerose iniziative alle quali sono interessati la maggior parte degli ospedali.

Lo stato attuale degli investimenti in conto capitale nell'edilizia sanitaria ospedaliera ed extraospedaliera è notevolmente critico sia per ragioni di carattere strutturale sia in conseguenza delle modalità di intervento (amministrative, tecniche, finanziarie) e degli effetti perversi che ne sono derivati e ancora ne derivano.

Quanto ai motivi strutturali è da sottolineare che la carenza fondamentale è rappresentata in questi anni dall'assenza di un programma pluriennale, che prima ancora dell'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria era richiesto dalla stessa legge 132/1968 di riforma ospedaliera. A questa carenza alla quale si accompagnavano e tuttora si accompagnano altri fenomeni di disinformazione riguardanti lo stato edilizio e tecnologico dei singoli presidi, i dati del loro funzionamento, ecc., non si poteva far fronte certamente con le iniziative intraprese che si sono sostanziate in erogazione «a pioggia» di finanziamenti sollecitati dalle richieste dei singoli enti ormai soppressi.

Era inevitabile in questa situazione che, data la lentezza dei tempi di decisione e la farraginosità delle procedure amministrative, si producessero effetti perversi di natura diversa quali:

— il numero assai rilevante di opere incompiute, sulle quali si sono innestate ulteriori iniziative che hanno aggiunto incompiutezza ad incompiutezza aggravando la soluzione di problemi già per sè stessi complicati;

— il conseguente avvio del meccanismo della «revisione prezzi», alimentato dalla permanenza illimitata di cantieri aperti con conseguente lievitazione incontrollabile dei costi;

— l'allungamento sia dei tempi di progettazione che di quelli di realizzazione come conseguenza della scarsa finalizzazione delle spese dell'intervento di perizie suppletive e di variante;

— l'ulteriore lievitazione dei costi derivanti dall'adozione di finanziamenti parziali che moltiplicano, ripetendoli, i diversi passaggi burocratici.

Non senza difficoltà si è giunti comunque a compiere un primo censimento della situazione esistente adottando parametri di carattere economico finanziario per valutare ogni specifica situazione e determinare il grado di priorità rispetto alle decisioni da esprimere. Le diverse opere sono state valutate secondo tre scale di urgenza:

a) la prima, alla quale appartengono quelle opere che per il mancato finanziamento hanno già determinato e continuano a determinare gravi perdite economiche;

b) la seconda, alla quale appartengono quelle opere che, qualora non venissero finanziate entro breve termine, produrrebbero entro l'anno in corso gli stessi fenomeni negativi di cui al punto a);

c) la terza, alla quale appartengono quelle opere al cui finanziamento può provvedersi entro l'anno 1984, pena l'aggravarsi delle condizioni finanziarie.

Il quadro che ne deriva è sufficientemente chiarificatore degli impegni da assumere e delle iniziative da attivare per mettere ordine nel settore e farlo entrare in relazione di coerenza con gli obiettivi complessivi del Piano sanitario regionale.

Il livello più elevato di priorità deve essere attribuito alle seguenti opere:

PROVINCIA DI CAGLIARI

- — SENORBI' — realizzazione poliambulatorio;
- — CARLOFORTE — realizzazione presidio distrettuale;
- — GIBA — realizzazione presidio distrettuale:
- — CAGLIARI — ampliamento Ospedale «Businco» in fase di ultimazione;
- — CAGLIARI — ristrutturazione Ospedale S. Giovanni di Dio;
- — CARBONIA — Ospedale Sirai - ampliamento - oneri revisionali;
- — IGLESIAS — S. Barbara - adeguamento impianti tecnologici - oneri revisionali;
- — MURAVERA — ampliamento Ospedale «S. Marcellino» in fase di ultimazione.

PROVINCIA DI NUORO

- — SINISCOLA — realizzazione poliambulatorio;
- — OROSEI — realizzazione presidio distrettuale;
- — OLIENA — realizzazione presidio distrettuale;

PROVINCIA DI ORISTANO

- — ORISTANO — S. Martino - lavori di miglioramento della ricettività della vecchia sede ultimati - oneri revisionali;
- — ALES — realizzazione poliambulatorio;
- — SAMUGHEO — realizzazione presidio distrettuale;
- — CUGLIERI — realizzazione presidio distrettuale.

PROVINCIA DI SASSARI

- — BENETUTTI — realizzazione presidio distrettuale;
- — CASTELSARDO — realizzazione presidio distrettuale.

Le altre opere sono comprese negli altri due gradi di priorità e specificatamente:

- — CAGLIARI — SS. Trinità - Urologia, Ortopedia, Traumatologia, Centro di rianimazione; lavori ultimati - oneri revisionali.
- — S. GAVINO — Ex E.O. Crespellani - completamento lavori - Oneri revisionali.
- — ISILI — Ospedale Civile - Rifacimento infissi e impianto riscaldamento.
- — SORGONO — Ex E.O. Crespellani - Ampliamento e ristrutturazione - Oneneri revisionali.

Problemi a sè stanti sono da ritenere:

- — il nuovo ospedale di Cagliari;
- — il nuovo ospedale di Macomer;
- — l'assetto definitivo dell'ospedale di Alghero;
- — l'assetto definitivo dell'ospedale di Carbonia;
- — il trasferimento dell'ospedale Marino di Cagliari.

Ma mentre per il nuovo ospedale di Cagliari e per l'assetto definitivo degli ospedali di Alghero e di Carbonia si farà fronte con le assegnazioni finanziarie della Cassa per il Mezzogiorno, per l'ospedale di Macomer la decisione del Consiglio Comunale lascia tempo per determinare il ruolo e le funzioni definitive del futuro nosocomio in relazione alla situazione ospedaliera complessiva dell'area circostante (Nuoro, Bonorva, Bosa, Ghilarza); per il trasferimento dell'Ospedale Marino di Cagliari - nel confermare l'indispensabilità dell'operazione - si farà fronte o con fondi regionali o/e eventuali fondi CASMEZ residui.

Alla spesa derivante dagli impegni riguardanti le opere comprese nel primo livello di priorità per un importo di circa 7.160 milioni si è fatto fronte nell'anno 1981 con i fondi disponibili nel cap. 12172 del bilancio dell'Assessorato Regionale alla sanità destinati ad edilizia ospedaliera e provenienti da fondi regionali; e con il ricorso al cap. 03013 del bilancio regionale attivando le procedure di cui all'art. 19 della legge finanziaria.

Per quanto riguarda invece il 1982, si è provveduto ad un finanziamento pari a L. 16.210.705.637.

Per gli anni 1983 e 1984 si procederà tenendo conto delle disponibilità finanziarie che verranno a determinarsi.

DEFINIZIONE DI UN MODELLO OTTIMALE

Alla domanda di spedalizzazione la rete ospedaliera della Sardegna ha fatto fronte con un parco letti pubblico, pari complessivamente a 9.283 p.l. per un quoziente posti letto-popolazione del 5,823%. A questi si aggiungono quelli della spedalità privata convenzionata per complessivi 1.409 p.l. = 0,884%.

La situazione delle strutture ospedaliere in Sardegna al 31.12.1982 si presenta nel modo seguente:

— Provincia di Sassari:

— a fronte di una dotazione prevista pari a n. 2.774 p.l. equivalente all'indice di un piano del 6,395 per mille abitanti, la struttura pubblica, comprese le cliniche universitarie sia in regime convenzionale che in gestione autonoma, assicura una capacità ricettiva di n. 3.261 pari al 7,516% mentre la struttura privata è convenzionata per n. 120 p.l. pari allo 0,277%, con una ricettività complessiva di n. 3.381 pari al 7,793%.

In sintesi per la Provincia di Sassari risulta:

— strutture pubbliche	n. 3.261 p.l. =	7,516%
— strutture private convenzionate	n. 120 p.l. =	0,277%
Totale complessivo	n. 3.381	7,793%
indice piano	2.774 p.l. =	6,395%

— Provincia di Nuoro:

— a fronte di una dotazione prevista pari a n. 1.757 p.l. equivalenti all'indice di piano del 6,395 per mille abitanti, la struttura pubblica assicura una capacità ricettiva di n. 1.545 p.l. pari al 5,622%, mentre la struttura privata è convenzionata per n. 80 p.l. pari allo 0,291%, con una ricettività complessiva di n. 1.625 p.l. pari al 5,913%.

In sintesi per la Provincia di Nuoro risulta:

— strutture pubbliche	n. 1.545 p.l. =	5,622%
— strutture private convenzionate	n. 80 p.l. =	0,291%
Totale complessivo	n. 1.625 p.l. =	5,913%
indice piano	1.757 p.l. =	6.395%

— Provincia di Oristano:

— a fronte di una dotazione prevista pari a n. 991 p.l. equivalenti all'indice di piano del 6.395 per mille abitanti la struttura pubblica assicura una capacità ricettiva di n. 411 pari al 2,651% mentre la struttura privata è convenzionata per n. 189 p.l. pari all'1,219%, con una ricettività complessiva di n. 600 p.l. pari al 3,870%.

In sintesi per la provincia di Oristano risulta:

— strutture pubbliche	n. 411 p.l. =	2,651%
— strutture private convenzionate	n. 189 p.l. =	1,219%
Totale complessivo	n. 600 p.l. =	3,870%
indice piano	991 p.l. =	6,395%

— Provincia di Cagliari:

— a fronte di una dotazione prevista pari a n. 4.671 p.l. equivalente all'indice di piano del 6,395 per mille abitanti, la struttura pubblica comprese le cliniche universitarie sia in regime convenzionale sia in gestione autonoma assicura una capacità ricettiva di n. 4.066 p.l. pari al 5,568%, mentre la struttura privata è convenzionata per n. 1.020 p.l. pari all'1,396%, con una ricettività complessiva di n. 5.086 p.l. pari al 6,962 %.

In sintesi la Provincia di Cagliari risulta:

strutture pubbliche al 31.12.1982	n. 4.066 p.l. =	5,568%
— strutture private convenzionate	n. 1.020 p.l. =	1,396%
Totale complessivo	n. 5.086 p.l. =	6,962%
indice piano	4.671 p.l. =	6,395%

— Regione:

— a fronte di una dotazione prevista pari a n. 10.195 p.l. equivalente all'indice di piano del 6,395 per mille abitanti, la struttura pubblica, comprese le cliniche universitarie sia in regime convenzionale sia in gestione autonoma, assicura una capacità ricettiva di n. 9.283 pari al 5,823% e la struttura privata convenzionata di n. 1.409 p.l. pari allo 0,884% con una

ricettività complessiva di n. 10.692 p.l. pari al 6,707%.

In sintesi a livello regionale si hanno le seguenti risultanze:

— strutture pubbliche al 31.12.1982	n. 9.283 p.l.	= 5,823%
— strutture private convenzionate	n. 1.409 p.l.	= 0,884%
Totale complessivo	n. 10.692 p.l.	= 6,707%
indice piano	10.195 p.l.	= 6,395%

Schematicamente la rete ospedaliera regionale è caratterizzata come segue:

a) ospedali con una dotazione di p.l. non superiore a 200 dislocati in zone non urbane, alcuni dei quali hanno un bacino di utenza coincidente con aree geografiche disagiate;

b) ospedali con una dotazione di p.l. tra 200 e 600 (Alghero, Carbonia, Iglesias, Lanusei, Olbia, Oristano, Ozieri, S. Gavino, Tempio) che sia per recenti investimenti che per la consistenza demografica dei bacini di utenza manifestano una chiara tendenza allo sviluppo quanti-qualitativo. Per questi ospedali nel Presente Piano è prevista l'ottimale utilizzazione dei posti letto e servizi programmati; è, inoltre, prevista una ulteriore espansione nei prossimi piani, se saranno soddisfatte le esigenze del presente Piano riguardo alla utilizzazione delle strutture già esistenti o programmate;

c) ospedali con una dotazione di posti letto oltre i 600, collocati in grandi aree ospedaliere in alcune delle quali interviene anche il complesso delle strutture universitarie, che hanno costitutito sino ad ora i presidi fondamentali di riferimento regionale.

L'indice di utilizzazione di queste strutture si presenta assai diversificata, anche all'interno dei vari presidi, a seconda della specialità. Infatti anche a questo proposito si possono distribuire le specialità su tre gruppi:

a) un gruppo di specialità, per varie ragioni, utilizzate al di sotto del 60% della ricettività (assunto come indice medio regionale);

b) un gruppo di specialità che funzionano con un indice di utilizzazione tra il 60 e 75%;

c) un gruppo di specialità che hanno un indice di utilizzazione superiore al 75%.

Tutti questi elementi di conseguenza vanno tenuti presenti al momento della definizione dei criteri di dimensionamento della rete ospedaliera regionale e devono essere utilizzati globalmente. Così facendo infatti si identificano tre distinti settori di intervento:

1 - specialità per le quali l'attuale quoziente specifico posti letto/popolazione è sovradimenzionato in relazione all'indice di utilizzazione e che pertanto necessitano di un ridimensionamento e/o riconversione (sino al 60% di tasso di occupazione);

2 - specialità per le quali l'attuale quoziente specifico posti letto/popolazione risulta adeguato anche in relazione all'indice di utilizzazione e che pertanto, oltre ad essere confermato nell'attuale dimensionamento, devono essere sollecitati ad elevare la loro efficenza operativa (tra il 60 e 75% di T.O);

3 - specialità per le quali l'attuale quoziente specifico posti letto/popolazione risulta sottodimensionato in relazione ai rispettivi indici di utilizzazione e che pertanto necessitano di interventi di riequilibrio (oltre 75% di T.O.).

L'applicazione obiettiva di questi criteri di singoli presidi ospedalieri può far emergere la necessità di tener conto di esigenze innovative corrispondenti a bisogni reali emergenti della popolazione. Per il loro soddisfacimento devono prioritariamente essere utilizzate le disponibilità esistenti sempreché riferite ad attività omogenee con la istituzione di sezioni o servizi delle specialità principali presenti nelle strutture sottoutilizzate purché venga garantita un'adeguata funzionalità.

ATTIVITA' DEGLI OSPEDALI DELLA SARDEGNA

SUDDIVISI PER U.S.L. NEGLI ANNI 1980 - 1981 - 1982

DENOMINAZIONE	POSTI LETTO			N. GIORNATE DEGENZA			N. RICOVERI			DURATA MEDIA DEGENZA			TASSO OCCUPAZIONE		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
U S L N 1															
Ospedale Sassari	1464	1463	1427	367 789	350 124	332 628	34 506	32 698	32 578	10,65	10,70	10,21	68,82	65,56	63,86
U S.L. N 2															
Ospedale Alghero	450	488	488	109 162	107 445	104 537	9 768	10 872	10 525	11,17	9,88	9,93	66,46	60,32	58,68
Ospedale Ittiri	100	100	100	21 602	20 672	21 036	2 034	1 322	1 654	10,62	15,63	12,71	59,18	56,63	57,63
Ospedale Thiesi	75	75	75	14 346	14 721	13 420	1 160	1 165	1 215	12,36	12,63	11,04	52,40	53,77	49,02
Ospedale Bonorva	120	120	120	8 797	7 886	5 010	144	146	125	61,09	54,01	40,08	20,08	18,00	11,43
U S.L N 3															
Ospedale Tempio	265	265	265	47 802	46 895	44 901	5 208	4 909	4 907	9,17	9,55	9,15	49,42	48,48	46,42
U S.L. N 4															
Ospedale La Maddalena	130	130	130	20 579	19 925	20 981	1 837	1 869	1 850	11,20	10,66	11,34	43,36	41,99	44,21
Ospedale Olbia	159	159	159	17 489	21 140	24 562	2 994	3 308	3 772	5,84	6,39	6,51	30,13	36,42	42,32
U S.L N 5															
Ospedale Ozieri	375	375	375	87 831	84 111	72 465	7 320	7 166	7 597	11,99	11,73	9,53	64,17	61,14	52,94
U S.L N 6															
Ospedale Bosa	70	70	70	16 754	16 597	15 356	1 774	1 854	1 812	9,44	8,95	8,47	65,57	64,95	60,10
U S L. N 7															
Ospedale «S Francesco»	841	927	932	181 144	204 267	195 332	22 130	23 117	22 121	8,19	8,83	8,83	59,10	60,37	57,42
Ospedale «Zonchello»	160	160	160	44 056	49 513	44 575	1 125	1 324	1 239	39,16	37,39	35,97	75,43	84,78	76,32
U S.L. N. 9															
Ospedale Lanusei	220	220	220	45 211	42 764	38 745	5 197	4 550	4 460	8,69	9,39	8,68	56,30	53,25	48,25
U S.L. N 10															
Ospedale Sorgono	60	60	60	16 477	15 296	13 273	1 507	1 547	1 246	10,93	9,88	10,65	75,23	69,84	60,60
U S.L N 11															
Ospedale Isili			118*												

(*) In fase di completa attivazione

DENOMINAZIONE	POSTI LETTO			N. GIORNATE DEGENZA			N. RICOVERI			DURATA MEDIA DEGENZA			TASSO OCCUPAZIONE		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982	1980	1981	1982
U S.L N 12															
Ospedale G P Delogu	100	125	125	22 802	25 610	23 797	1 932	2 123	2 200	11 30	12,06	10,81	62 47	56 13	52,15
U S.L. N 13															
Ospedale Oristano	286	286	286	91 464	92 831	90 855	12 268	13 327	13 260	7,45	6,96	6,85	87,62	88 93	87,03
U S.L. N. 15															
Ospedale San Gavino	125	125	190	37 383	43 742	43 938	4 358	4 752	4 888	8,57	9,20	8,98	81,93	95,87	64,72
U.S.L. N. 16															
Ospedali F lli Crobu	105	135	135	17 693	19 345	20 344	377	1 094	1 509	46 93	17 68	13 48	46 16	39 25	41 28
Ospedale S Barbara	233	198	198	62 204	57 005	54 649	5 355	4 298	4 286	11,61	13,26	12 75	73 14	78,88	75,62
Ospedale C T.O Iglesias	130	130	130	32 436	32 270	33 045	6 141	3 455	3 109	5,28	9,34	10,62	68,35	68,00	69,64
U S.L N 17															
Ospedale Sirai Carbonia	393	398	398	103 254	96 525	97 875	11 024	10 185	9 780	9,36	9,67	10,00	71,43	68,16	67,71
U S.L. N 18															
Ospedale Muravera	55	55	55	11 012	10 038	8 078	1 618	1 590	1 129	6,80	6,31	7,15	54,85	50 00	40,23
U.S.L. N. 20															
Ospedale Marino Cagliari	167	167	167	43 647	40 697	36 433	4 264	3 964	3 359	10,23	10,26	10,84	71,61	66,77	59,77
Ospedale Binaghi	315	315	309	94 979	93 229	87 610	1 719	1 884	2 336	55,25	49,48	37,50	82,60	81,08	77,68
Ospedale S. Giovanni Dio	1048*	1048*	809*	276 486	270 222	170 849	37 874	31 778	24 799	7,59	8 80	6,84	72 28	70,64	57,86
U.S.L. N 21															
Ospedale SS Trinità	747	747	625	225 733	223 511	165 749	27 845	20 481	20 909	8,11	10,91	7,93	82 79	81,98	72,66
Ospedale S Michele			357			35 098			4 777			7,34			(**)
Ospedale Businco	289	289	289	90 527	90 218	97 441	3 490	3 367	3 501	25,94	26,80	27,84	85 32	85,53	92,38
I.N.R.C A	100	100	100	22 644	21 879	21.847	785	784	807	28,84	27,90	27,07	62,03	59,94	59,85

(*) Oltre n. 30 p l di radioterapia

CASE DI CURA PRIVATE CONVENZIONATE

ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 1980

DENOMINAZIONE	U.S.L. di appartenenza	INDIRIZZO	Giorni degenza	N. ricoveri	N. posti letto convenzion.	Tasso di occupazione	Degenza media
Policlinico Sassarese	U S L n 1	Chirurgia	30 948	3 629	128	66,2	8,53
Tommasini Ierzu	U S L n 9	Medicina	—	—	80	—	—
Madonna del Rimedio Oristano	U S L n 13	Polispecialistica	62 376	4 135	200	85,5	15,09
Villa Elena Cagliari	U.S L n 20	Chirurgia	22 420	2 074	78	78 8	10,82
Santa Lucia Cagliari	U S L n 20	Chirurgia	3 371	332	14	65 0	10 16
Sant Anna Ostetricia Cagliari	U S L n 20	Chirurgia	22 167	3 408	75	80 1	6 51
Casa di Cura Lay - Cagliari	U S L n 20	Polispecialistica	104 467	3 072	324	88,3	34 01
Sant'Antonio Cagliari	U S L n 20	Polispecialistica	82 282	3 403	236	95,5	24 18
San Salvatore - Cagliari	U S L n 20	Polispecialistica	33 643	2 517	100	92,2	13,37
Sant'Anna Chirurgia Cagliari	U S L n 21	Polispecialistica	25 071	1 584	78	88,1	15,83
Maria Ausiliatrice Cagliari	U S L n 21	Chirurgia	46 548	2 727	110	115 93	17 06
Villa Verde Cagliari	U S L n 21	Lungodegenti	19 907	506	60	90 9	39 35
Città di Quartu Quartu S Elena	U S L n 22	Polispecialistica	18 851	2 324	67	77,1	8 12
		TOTALE	472 050	29 711	1 550	87 97	15 88

CASE DI CURA PRIVATE CONVENZIONATE

ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 1981

DENOMINAZIONE	U.S.L. di appartenenza	INDIRIZZO	Giorni degenza	N. ricoveri	N. posti letto convenzion.	Tasso di occupazione	Degenza media
Policlinico Sassarese	U S L n 1	Chirurgia	31 812	3 886	128	68,09	8,18
Tommasini Ierzu	U S L n 9	Medicina	27 960	1 150	80	95,75	24,31
Madonna del Rimedio Oristano	U S L. n 13	Polispecialistica	52 678	3 956	200	72,16	13,31
Villa Elena Cagliari	U.S L n 20	Chirurgia	18 404	2 100	78	64,64	8,76
Santa Lucia Cagliari	U.S.L. n 20	Chirurgia	2 056	218	14	40,23	9,43
Sant Anna Ostetricia Cagliari	U.S.L n 20	Chirurgia	22 908	3 770	75	83,68	6,07
Casa di Cura Lay Cagliari	U.S.L n 20	Polispecialistica	80 186	4 566	324	67,80	17,56
Sant'Antonio - Cagliari	U S.L n 20	Polispecialistica	64 634	3 198	236	75,02	20,20
San Salvatore - Cagliari	U S.L n 20	Polispecialistica	29 376	2 188	119	67,63	13,42
Sant'Anna Chirurgia - Cagliari	U S.L n 21	Polispecialistica	19 484	1 560	78	68,43	12,48
Maria Ausiliatrice - Cagliari	U S L n 21	Chirurgia	34 662	2 894	110	86,33	11,96
Villa Verde - Cagliari	U S L n 21	Lungodegenti	13 520	500	60	61,73	27,04
Città di Quartu - Quartu S Elena	U S L n 22	Polispecialistica	18 750	2 174	67	76,67	8,62
		TOTALE	416 420	32 160	1 569	72,71	12,94

CASE DI CURA PRIVATE CONVENZIONATE

ATTIVITA' DI RICOVERO ANNO 1982

DENOMINAZIONE	U.S.L. di appartenenza	INDIRIZZO	Giorni degenza	N. ricoveri	N. posti letto convenzion.	Tasso di occupazione	Degenza media
Policlinico Sassarese	U S L n 1	Chirurgia	29 521	3 868	120	67,39	7,63
Tommasini - Ierzu	U S L n 9	Medicina	29 030	1 400	80	99,41	20,73
Madonna del Rimedio Oristano	U S L. n 13	Polispecialistica	58 601	3 765	189	84,34	15,56
Villa Elena - Cagliari	U.S L n 20	Chirurgia	19 989	2 124	73	75,01	9,41
Santa Lucia Cagliari	U.S.L. n 20	Chirurgia	2 597	246	13	54,73	10,55
Sant'Anna Ostetricia Cagliari	U S.L. n 20	Chirurgia	21 741	3 711	70	85,09	5,85
Casa di Cura Lay - Cagliari	U S.L. n 20	Polispecialistica	74 530	3 596	264	77,40	20,74
Sant'Antonio Cagliari	U S.L. n 20	Polispecialistica	71 879	3 113	210	93,77	23,08
San Salvatore - Cagliari	U S.L. n 20	Polispecialistica	29 554	2 254	113	71,65	13,11
Sant'Anna Chirurgia - Cagliari	U S L. n 21	Polispecialistica	22 243	1 704	70	87,05	13,05
Maria Ausiliatrice - Cagliari	U S L. n 21	Chirurgia	34 882	2 902	100	95,96	12,01
Villa Verde - Cagliari	U S L. n 21	Lungodegenti	13 480	401	40	92,32	33,61
Città di Quartu - Quartu S Elena	U S L. n 22	Polispecialistica	16 607	1 602	67	76 08	11,61
		TOTALE	426 714	30 686	1 409	82,97	13,90

PROVINCIA SASSARI **Popolazione 433 842**

DISCIPLINE	Posti letto su indici di piano		DISPONIBILITA'			POSTI LETTO				DIFFERENZE IN	
			Ospedali e Cliniche convenz.	Cliniche Univers. Gest. Dir.	Totale P.L. pubblici	DIFFERENZE +	DIFFERENZE –	Case Cura private	Totale P.L. pubblici privati	+	–
Medicina Generale	1,40	607	745	—	745	138	—	—	745	138	—
Chirurgia Generale	1,00	434	602	—	602	168	—	50	652	218	—
Ostetricia e Ginecolcgia	0,70	304	300	—	300	—	4	30	330	26	—
Ortopedia Traumatologia	0,45	195	325	62	387	192	—	—	387	192	—
Pediatria	0,45	195	270	—	270	75	—	—	270	75	—
TOTALE DISCIPLINE DI BASE	4,00	1 735	2 242	62	2 304	573	4	80	2 384	649	—
Malattie Infettive	0,100	43	50	—	50	7	—	—	50	7	—
Cardiologia con U C	0 130	57	35	—	35	—	22	—	35	—	22
Otorinolaringoiatria	0,150	65	120	—	120	55	—	20	140	75	—
Oculistica	0,120	52	82	—	82	30	—	20	102	50	—
Gastroenterologia	0 040	17	—	—	—	—	17	—	—	—	17
Anestesia e Rianimazione	0 090	35	31	—	31	—	4	—	31	—	4
Urologia	0 210	91	70	30	100	9	—	—	100	9	—
TOTALE DISCIPLINA LIV SUP	0,830	360	388	30	418	101	43	40	458	141	43
Pneumologia	0 30	130	245	—	245	115	—	—	245	115	—
Neurologia	0 15	65	71	—	71	6	—	—	71	6	—
Cardiochirurgia	0 02	9	—	—	—	—	9	—	—	—	9
Chirurgia Maxilo - Facciale	0 02	9	16	—	16	7	—	—	16	7	—
Chirurgia Pediatrica	0 03	13	—	—	—	—	13	—	—	—	13
Chirurgia Plastica	0,03	13	—	—	—	—	13	—	—	—	13
Chirurgia Toracica	0 03	13	—	—	—	—	13	—	—	—	13
Dermosifilopatia	0,1	43	85	—	85	42	—	—	85	42	—
Ematologia	0 04	17	—	—	—	—	17	—	—	—	17
Emodialisi	0 80	35	—	—	—	—	35	—	—	—	35
Geriatria	0,3	130	60	—	60	—	70	—	60	—	70
Nefrologia	0,02	9	—	—	—	—	9	—	—	—	9
Neurochirurgia	0,05	22	40	—	40	18	—	—	40	18	—
Oncologia	0,235	103	—	—	—	—	103	—	—	—	103
Psichiatria	0,01	42	22	—	22	—	20	—	22	—	20
Medicina del Lavoro	0,06	26	—	—	—	—	26	—	—	—	26
TOTALE ALTRE DISCIPLINE	1,565	679	539	—	539	188	328	—	539	188	328
TOTALE GENERALE	6,395	2 774	3 169	92	3 261	862	375	120	3 381	978	371

Differenza complessiva + 607

DISCIPLINE	Posti letto su indici di piano		DISPONIBILITA'			POSTI LETTO				DIFFERENZE IN	
			Ospedali e Cliniche convenz.	Cliniche Univers. Gest. Dir.	Totale P.L. pubblici	DIFFERENZE +	DIFFERENZE −	Case Cura private	Totale P.L. pubblici privati	+	−
Medicina Generale	1,40	384	278	—	278	—	106	30	308	—	76
Chirurgia Generale	1,00	275	300	—	300	25	—	—	300	25	—
Ostetricia e Ginecologia	0,70	192	170	—	170	—	22	—	170	—	22
Ortopedia Traumatologia	0,45	124	100	—	100	—	24	—	100	—	24
Pediatria	0,45	124	155	—	155	31	—	—	155	31	—
TOTALE DISCIPLINE DI BASE	4,00	1 099	1 003	—	1 003	56	152	30	1 033	56	122
Malattie Infettive	0,100	27	15	—	15	—	12	—	15	—	12
Cardiologia con U C	0,130	36	12	—	12	—	24	—	12	—	24
Otorinolaringoiatria	0,150	41	30	—	30	—	11	—	30	—	11
Oculistica	0,120	33	54	—	54	21	—	—	54	21	—
Gastroenterologia	0,040	11	—	—	—	—	11	—	—	—	11
Anestesia e Rianimazione	0,080	22	16	—	16	—	6	—	16	—	6
Urologia	0,210	58	60	—	60	2	—	—	60	2	—
TOTALE DISCIPLINA LIV SUP	0 830	228	187	—	187	23	64	—	187	23	64
Pneumologia	0 30	82	160	—	160	78	—	—	160	78	—
Neurologia	0,15	41	50	—	50	9	—	—	50	9	—
Cardiochirurgia	0,02	6	—	—	—	—	6	—	—	—	6
Chirurgia Maxilo - Facciale	0 02	6	2	—	2	—	4	—	2	—	4
Chirurgia Pediatrica	0,03	8	—	—	—	—	8	—	—	—	8
Chirurgia Plastica	0,03	8	—	—	—	—	8	—	—	—	8
Chirurgia Toracica	0,03	8	—	—	—	—	8	—	—	—	8
Dermosifilopatia	0,1	27	53	—	53	26	—	—	53	26	—
Ematologia	0,04	11	15	—	15	4	—	—	15	4	—
Emodialisi	0,80	22	—	—	—	—	22	—	—	—	22
Geriatria	0,3	82	60	—	60	—	22	50	110	28	—
Nefrologia	0,02	6	—	—	—	—	6	—	—	—	6
Neurochirurgia	0,05	14	—	—	—	—	14	—	—	—	14
Oncologia	0,235	65	—	—	—	—	65	—	—	—	65
Psichiatria	0,01	28	15	—	15	—	13	—	15	—	13
Medicina del Lavoro	0,06	17	—	—	—	—	17	—	—	—	17
TOTALE ALTRE DISCIPLINE	1,565	430	355	—	355	117	192	50	405	145	170
TOTALE GENERALE	6,395	1 758	1 545	—	1 545	196	408	80	1 625	224	357

Differenza complessiva
— 133

PROVINCIA ORISTANO Popolazione 155 043

DISCIPLINE	Posti letto su indici di piano		DISPONIBILITA' Ospedali e Cliniche convenz.	Cliniche Univers. Gest. Dir.	Totale P.L. pubblici	POSTI LETTO DIFFERENZE +	−	Case Cura private	Totale P.L. pubblici privati	IN DIFFERENZE +	−
Medicina Generale	1,40	217	130	—	130	—	90	80	210	—	10
Chirurgia Generale	1,00	155	120	—	120	—	37	30	150	—	7
Ostetricia e Ginecologia	0,70	108	81	—	81	—	29	—	81	—	29
Ortopedia Traumatologia	0,45	70	30	—	30	—	41	—	30	—	41
Pediatria	0,45	70	35	—	35	—	36	15	50	—	21
TOTALE DISCIPLINE DI BASE	4,00	620	396	—	396	—	233	125	521	—	108
Malattie Infettive	0,100	15	—	—	—	—	16	—	—	—	16
Cardiologia con U C	0,130	20	—	—	—	—	20	20	20	—	—
Otorinolaringoiatria	0,150	23	—	—	—	—	24	10	10	—	14
Oculistica	0,120	19	—	—	—	—	19	10	10	—	9
Gastroenterologia	0,040	6	—	—	—	—	6	—	—	—	6
Anestesia e Rianimazione	0,080	12	—	—	—	—	12	—	—	—	12
Urologia	0,210	33	—	—	—	—	33	—	—	—	33
TOTALE DISCIPLINA LIV SUP.	0,830	129	—	—	—	—	130	40	40	—	90
Pneumologia	0,30	47	—	—	—	—	47	—	—	—	47
Neurologia	0,15	23	—	—	—	—	24	24	24	—	—
Cardiochirurgia	0,02	3	—	—	—	—	3	—	—	—	3
Chirurgia Maxilo - Facciale	0,02	3	—	—	—	—	3	—	—	—	3
Chirurgia Pediatrica	0,03	5	—	—	—	—	5	—	—	—	5
Chirurgia Plastica	0,03	5	—	—	—	—	5	—	—	—	5
Chirurgia Toracica	0,03	5	—	—	—	—	5	—	—	—	5
Dermosifilopatia	0,1	16	—	—	—	—	16	—	—	—	16
Ematologia	0,04	6	—	—	—	—	6	—	—	—	6
Emodialisi	0,80	12	—	—	—	—	13	—	—	—	13
Geriatria	0,3	46	—	—	—	—	47	—	—	—	47
Nefrologia	0,02	3	—	—	—	—	3	—	—	—	3
Neurochirurgia	0,05	7	—	—	—	—	8	—	—	—	8
Oncologia	0,235	36	—	—	—	—	37	—	—	—	37
Psichiatria	0,01	16	15	—	15	—	1	—	15	—	1
Medicina del Lavoro	0,06	10	—	—	—	—	10	—	—	—	10
TOTALE ALTRE DISCIPLINE	1,565	242	15	—	15	—	232	24	39	—	208
TOTALE GENERALE	6,395	991	411	—	411	—	595	189	600	—	407

Differenza complessiva − 407

DISCIPLINE	Posti letto su indici di piano		DISPONIBILITA'			POSTI LETTO				DIFFERENZE IN	
			Ospedali e Cliniche convenz.	Cliniche Univers. Gest. Dir.	Totale P.L. pubblici	DIFFERENZE +	DIFFERENZE —	Case Cura private	Totale P.L. pubblici privati	+	—
Medicina Generale	1 40	1 023	554	221	775	—	248	140	915	—	108
Chirurgia Generale	1,00	730	564	—	564	—	166	158	722	—	8
Ostetricia e Ginecologia	0,70	511	327	—	327	—	184	195	522	11	—
Ortopedia Traumatologia	0,45	329	390	—	390	61	—	25	415	86	—
Pediatria	0,45	329	458	—	458	129	—	—	458	129	—
TOTALE DISCIPLINE DI BASE	4 00	2 922	2 293	221	2 514	190	598	518	3 032	226	116
Malattie Infettive	0,100	73	81	—	81	8	—	—	81	8	—
Cardiologia con U C	0,130	95	50	26	76	—	19	44	120	25	—
Otorinolaringoiatria	0,150	110	80	—	80	—	30	42	122	12	—
Oculistica	0,120	88	55	—	55	—	33	113	168	80	—
Gastroenterologia	0,040	29	36	—	36	7	—	20	56	27	—
Anestesia e Rianimazione	0 080	53	24	—	24	—	34	—	24	—	34
Urologia	0,210	153	65	—	65	—	88	83	148	—	5
TOTALE DISCIPLINA LIV SUP	0 830	606	391	26	417	15	204	302	719	152	39
Pneumologia	0,30	219	288	100	388	169	—	—	388	169	—
Neurologia	0 15	109	60	—	60	—	49	135	195	86	—
Cardiochirurgia	0,02	15	—	—	—	—	15	—	—	—	15
Chirurgia Maxillo - Facciale	0,02	15	30	—	30	15	—	—	30	15	—
Chirurgia Pediatrica	0,03	22	85	—	85	63	—	—	85	63	—
Chirurgia Plastica	0,03	22	—	—	—	—	22	—	—	—	22
Chirurgia Toracica	0,03	22	30	—	30	8	—	—	30	8	—
Dermosifilopatia	0,1	73	50	—	50	—	23	—	50	—	23
Ematologia	0,04	29	—	—	—	—	29	—	—	—	29
Emodialisi	0,80	58	—	—	—	—	58	—	—	—	58
Geriatria	0,3	219	45	—	45	—	174	65	110	—	109
Nefrologia	0,02	15	20	—	20	5	—	—	20	5	—
Neurochirurgia	0,05	36	30	—	30	—	6	—	30	—	6
Oncologia	0,235	172	289	—	289	117	—	—	289	117	—
Psichiatria	0,01	73	45	—	45	—	28	—	45	—	28
Medicina del Lavoro	0,06	44	—	63	63	19	—	—	63	19	—
TOTALE ALTRE DISCIPLINE	1,565	1 143	972	163	1 135	396	404	200	1 335	482	230
TOTALE GENERALE	6,395	4 671	3 656	410	4 066	601	1 206	1 020	5 086	860	445

Differenza complessiva + 415

REGIONE Popolazione 1 594 175

DISCIPLINE	Posti letto su indici di piano		DISPONIBILITA' Ospedali e Cliniche convenz.	Cliniche Univers. Gest. Dir.	Totale P.L. pubblici	POSTI LETTO DIFFERENZE +	–	Case Cura private	Totale P.L. pubblici privati	DIFFERENZE IN +	–
Medicina Generale	1,40	2 231	1 707	221	1 928	—	303	250	2 178	—	53
Chirurgia Generale	1,00	1 594	1 586	—	1 586	—	8	238	1 824	230	—
Ostetricia e Ginecologia	0,70	1 115	878	—	878	—	237	225	1 103	—	12
Ortopedia Traumatologia	0,45	718	845	62	907	189	—	25	932	214	—
Pediatria	0,45	718	918	—	918	200	—	15	933	215	—
TOTALE DISCIPLINE DI BASE	4,00	6376	5934	283	6217	389	548	753	6 970	659	65
Malattie Infettive	0,100	159	146	—	146	—	13	—	146	—	13
Cardiologia con U C	0,130	208	97	26	123	—	85	64	187	—	21
Otorinolaringoiatria	0,150	239	230	—	230	—	9	72	302	63	—
Oculistica	0,120	192	191	—	191	—	1	143	334	142	—
Gastroenterologia	0,040	63	36	—	36	—	27	20	56	—	7
Anestesia e Rianimazione	0 080	127	71	—	71	—	56	—	71	—	56
Urologia	0,210	335	195	30	225	—	110	83	308	—	27
TOTALE DISCIPLINA LIV SUP	0,830	1 323	996	56	1 022	—	301	382	1 404	205	124
Pneumologia	0,30	478	693	100	793	315	—	—	793	315	—
Neurologia	0,15	238	181	—	181	—	57	159	340	102	—
Cardiochirurgia	0,02	33	—	—	—	—	33	—	—	—	33
Chirurgia Maxillo - Facciale	0,02	33	48	—	48	15	—	—	48	15	—
Chirurgia Pediatrica	0,03	48	85	—	85	37	—	—	85	37	—
Chirurgia Plastica	0,03	48	—	—	—	—	48	—	—	—	48
Chirurgia Toracica	0,03	48	30	—	30	—	18	—	30	—	18
Dermosifilopatia	0,1	159	188	—	188	29	—	—	188	29	—
Ematologia	0,04	63	15	—	15	—	48	—	15	—	48
Emodialisi	0,80	127	—	—	—	—	127	—	—	—	127
Geriatria	0,3	477	165	—	165	—	312	115	280	—	197
Nefrologia	0,02	34	20	—	20	—	14	—	20	—	14
Neurochirurgia	0,05	79	70	—	70	—	9	—	70	—	9
Oncologia	0,235	375	289	—	289	—	86	—	289	—	86
Psichiatria	0,01	159	97	—	97	—	62	—	97	—	62
Medicina del Lavoro	0,06	97	—	63	63	—	34	—	63	—	34
TOTALE ALTRE DISCIPLINE	1,565	2 496	1 831	163	2 044	396	848	274	2 318	498	676
TOTALE GENERALE	6,395	10 195	8 781	502	9 283	785	1 697	1 409	10 692	1 362	865

Differenza complessiva + 497

OBIETTIVI DEL TRIENNIO

Gli elementi globali fin qui evidenziati e le considerazioni formulate, delineano la situazione ospedaliera esistente.

Inoltre, l'analisi operata concernente i lavori di ampliamento e di ristrutturazione in atto, consente di individuare l'assetto che potrà essere conferito alle strutture in parola, la relativa capacità ricettiva, nonché il presumibile costo da sostenere e finanziare per la definizione dei lavori stessi.

Tali presupposti hanno costituito il riferimento di base per improntare le scelte programmatiche che di seguito si dettagliano in relazione alle singole discipline medico-chirurgiche.

L'analisi che quindi in tal senso è stata operata, è prordinata a individuare gli obiettivi da perseguire con l'attuazione del P.S.R., nonché a indirizzare e mirare le azioni e gli interventi regionali nella direzione programmatica proposta.

Si sottolinea inoltre, che gli elaborati che seguono tengono conto del contenuto e delle conclusioni dei progetti-obiettivo, in relazione a tutte le possibili implicazioni ed interrelazioni esistenti con i servizi di diagnosi e cura e le discipline connesse.

Per poter avviare un serio intervento programmatorio di medio e lungo periodo nel comparto ospedaliero sono state compiute le seguenti operazioni:

a) accertamento dello stato di fatto di ogni singola disciplina medico-chirurgica e valutazione del suo comportamento funzionale, riferendo questa valutazione non solo al numero dei posti letto ma anche agli altri parametri operativi ed in particolare al numero dei ricoveri/anno per ricavarne l'indice di utilizzazione, alle giornate di degenza e per conseguenza alla degenza media. Questo accertamento è riferito sia agli ospedali pubblici che alle cliniche universitarie convenzionate, alle Cliniche ed Istituti Universitari a gestione diretta e alle case di cura private convenzionate;

b) determinazione di quozienti ottimali posti-letto/popolazione distinguendo:

   1) - specialità di base, per le quali il quoziente Posti-letto/popolazione va calcolato a livello di U.S.L.. La popolazione delle U.S.L. prive di ospedali va sommata a quella della U.S.L. contigua e di più facile accessibilità;

   2) - specialità di secondo livello, per le quali il quoziente posti-letto/popolazione va calcolato a livello provinciale;

   3) - superspecialità, per le quali il quoziente posti-letto/popolazione va calcolato a livello regionale.

L'operazione successiva di attribuzione dei posti-letto ai diversi ospedali esistenti nel territorio, e quindi il dimensionamento complessivo della rete ospedaliera regionale per disciplina, per ospedale e per aree territoriali integrate (U.S.L., Provincia, Regione) è stata ancorata a determinate condizioni quantitative e qualitative che vengono qui di seguito richiamate e che costituiscono i vincoli di piano da rispettare e nei confronti dei quali le iniziative che verranno indicate si collocano in rigorosa relazione di coerenza.

1) il quoziente ottimale prescelto rappresenta il tetto massimo di espansione delle singole discipline;

2) ciascun presidio ospedaliero deve tendere al raggiungimento di un livello funzionale espresso dai seguenti indici: utilizzazione dei posti letto al 75% della disponibilità esistente; degenza media pari ad 11 giornate;

3) lo sviluppo delle singole iniziative è vincolato alla utilizzazione prioritaria delle potenzialità disponibili, entro gli indici funzionali sopraindicati, adottando contemporaneamente soluzioni operative (ad es. filtri di preospedalizzazione, day-hospital, etc.) al fine di innalzare la produttività dei reparti ed ottenere in conseguenza l'innalzamento della ricettività specifica;

4) le discipline che presentano una utilizzazione dei posti letto disponibili inferiore al 60% devono subire di norma un ridimensionamento quantitativo della dotazione di letti esistenti che renda accettabile il rapporto costi/benefici. Qualora tale dimensionamento superi i limiti quantitativi stabiliti dalla legislazione vigente, le U.S.L. dovranno provvedere alla trasformazione delle divisioni in sezioni aggregate o alla loro inattivazione e riconversione in attività che recuperino le diverse professionalità esistenti;

5) le discipline che presentano una utilizzazione dei posti letto disponibili compresi tra il 60 e il 75%; devono essere oggetto di interventi migliorativi della loro efficienza funzionale che evitino il rischio del decadimento qualitativo delle prestazioni;

6) le discipline che presentano una utilizzazione dei posti letto disponibili superiore al 75% devono di norma essere posti in condizione — anche mediante eventuale aumento della dotazione dei posti letto — di migliorare la loro situazione funzionale a vantaggio della qualità delle prestazioni.

L'ospedale deve articolarsi anche in strutture aperte al territorio, prevedere al suo ingresso la possibilità

di un «filtro» delle varie patologie che ad esso pervengono ed offrire possibilità diagnostiche e terapeutiche tecnicamente non realizzabili in altre sedi.

Spetta indubbiamente ai Distretti Sanitari di Base ed ai Poliambulatori Specialistici (più direttamente e quasi capillarmente inseriti nel territorio) individuare e selezionare le patologie da avviare alle strutture ospedaliere, di cui essi costituiscono il «filtro esterno» naturale. Ma poiché all'Ospedale fanno capo le urgenze mediche e chirurgiche, sarebbe illogico non prevedere una unità operativa specifica in grado di fungere da «filtro interno», con compiti di pronto soccorso, accettazione ed osservazione, capace di offrire all'urgenza una risposta pronta e qualificata, che può risolversi non necessariamente col ricovero. Il tutto col solo scopo di riservare le strutture ospedaliere a pazienti e patologie che richiedano effettivamente una ospedalizzazione o una prestazione specialistica in ambiente ospedaliero, eventualmente anche in regime di Day-Hospital.

In una organizzazione siffatta è così articolata acquisterà certamente maggiore significato l'abbattimento dei costi generali della Sanità e l'investimento produttivo nelle strutture che ne costituiscono i cardini.

In sintesi, al fine di una corretta spedalizzazione, che comporta necessariamente una rigorosa selezione degli ingressi nei luoghi di ricovero, si ritiene di dover indicare le seguenti linee di piano:

1) filtri primari degli ospedali sono innanzittutto i presidi sanitari esistenti nel territorio (D.S.B., poliambulatori, servizi di medicina aziendale, ecc.), che debbono istituire un efficiente collegamento con i presidi di ricovero della propria U.S.L. e, per le specialità non esistenti in questa, della Regione;

2) all'interno dei singoli nosocomi, e materialmente localizzati all'ingresso di essi, vanno programmati dei filtri interni con la istituzione di un «SERVIZIO DI PREOSPEDALIZZAZIONE» che assolverà ai seguenti compiti:

— pronto soccorso - urgenza;
— astanteria (sia medica che chirurgica);
— accettazione.

Tali compiti sono sotto la responsabilità della Direzione Sanitaria, che dispone di appositi locali, attrezzature e personale paramedico e che si avvale della stretta collaborazione dei vari medici specialisti in organico nei vari Reparti, Sezioni e Servizi; ove esistano già funzionanti servizi autonomi di Pronto Soccorso, questi continuano ad operare sotto la responsabilità del personale proprio e con le necessarie intese con la Direzione sanitaria.

A tale scopo si deve prevedere un incremento degli organici (divisionali, di sezioni e di servizi) per gli assistenti e gli aiuti in modo di poter mettere i reparti in condizioni di assolvere a questo compito di supporto.

Questo «Servizio di preospedalizzazione» deve diventare il passaggio obbligato dei ricoveri.

3) Nei singoli Reparti di degenza vanno attivati i servizi di Day-Hospital che svolgono la funzione di ulteriori e più specifici filtri della stessa ospedalizzazione.

Infine per una maggiore funzionalità dei reparti ospedalieri è indispensabile indirizzare gli interventi della programmazione sanitaria verso un ridimensionamento della capacità ricettiva delle divisioni che non devono superare i 50 p.l..

MEDICINA GENERALE

Per la Medicina Generale è stato calcolato uno standard dell'1,4% tenuto conto della carenza di strutture geriatriche e per lungodegenza che determina un sovraffollamento delle divisioni di medicina attualmente esistenti. Lo sviluppo delle discipline internistiche va ricercato in questo indice.

Si fa presente che i posti letto che costituiscono la dotazione attuale dei servizi di pronto soccorso, di accettazione e di astanteria, per quanto afferisce alla «osservazione» medica sono stati considerati ed inseriti tra i dati riepilogati sotto la disciplina medicina generale.

Più precisamente quanto sopra si riferisce ai seguenti ospedali:

U.S.L. N. 1 Sassari	pl. 20 -	U.S.L. N. 13 Oristano	pl. 10
U.S.L. N. 2 Alghero	pl. 6 -	U.S.L. N. 15 S. Gavino	pl. 10
U.S.L. N. 3 Tempio	pl. 15 -	U.S.L. N. 16 Iglesias «S. Barbara»	pl. 10
U.S.L. N. 4 Olbia	pl. 8 -	U.S.L. N. 17 Carbonia	pl. 9
U.S.L. N. 5 Ozieri	pl. 10 -	U.S.L. N. 21 Cagliari	
U.S.L. N. 9 Lanusei	pl. 10 -	«S. Michele»	pl. 25

Nella Provincia di Sassari la situazione è largamente soddisfacente riscontrandosi nelle strutture pubbliche n. 722 p.l., superiore quindi di 115 p.l. allo standard che è di 607 p.l..

La situazione che merita particolare attenzione è quella relativa alla U.S.L. n. 2, il cui bacino di utenza presuppone una più razionale riorganizzazione strutturale e funzionale.

In tale ottica rimane pregiudiziale la utilizzazione integrata degli attuali presidi e quindi la relativa ridistribuzione nel territorio.

Tale processo deve portare al potenziamento della divisione dell'Ospedale di Alghero con l'istituzione di servizi di oncologia medica e diabetologia ed a riservare invece una parte dei posti letto disponibili negli Ospedali di Ittiri e di Thiesi alla Geriatria che in questa fase deve disporre di almeno 10 p.l..

Infine, in armonia a quanto precede, per le divisioni di Medicina Generale degli Ospedali di Tempio e di Ozieri, gli interventi di Piano devono essere indirizzati ad un ridimensionamento della dotazione dei posti letto.

Nella Provincia di Nuoro, le variazioni presso gli Ospedali di Bosa, di Lanusei, di Sorgono e di Isili determineranno una maggiore disponibilità di 12 p.l. che sommati agli attuali 278 p.l. porteranno la ricettività provinciale a 290 p.l., inferiore quindi di 95 p.l allo standard che è di 385.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Bosa ed il programmato avviamento dell'Ospedale di Macomer, è conseguenziale ritenere una utilizzazione integrata dei due presidi, riservando in particolare, all'attuale struttura di Bosa l'attività della Medicina Generale e della Chirurgia Generale.

Nella Provincia di Oristano si hanno 130 posti letto nella struttura pubblica e con la disponibilità di n. 80 p.l. della Casa di Cura convenzionata si arriva ad un totale complessivo di 210 p.l.. Tale situazione può ritenersi adeguata rispetto allo standard di Piano pari a n. 217 p.l..

Nelle strutture pubbliche della Provincia di Cagliari infine, la dotazione globale di posti letto al 31 dicembre 1982 è pari a n. 806, inferiore quindi allo standard, calcolato in 1.022 posti letto, di n. 216 posti letto.

Tale saldo negativo non è peraltro coperto neppure dalle strutture private convenzionate che offrono una ricettività globale di 140 posti letto che devono essere mantenuti.

E' da notare che, a seguito del trasferimento nel Nuovo Ospedale S. Michele di Cagliari di una Divisione di Medicina, l'attuale dotazione provinciale verrà incrementata di 40 posti letto, arrivando conseguentemente a n. 815 p.l..

Da quanto fin qui esposto ne consegue che l'assetto da conferire alle strutture pubbliche per la disciplina di Medicina Generale è la seguente:

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1	Ospedale Sassari	
	— Divisione Astanteria	18
	— Divisione Medicina I	70
	— Divisione Medicina II	65
	— Clinica Medica	50
	— Patologia Medica I	30
	— Patologia Medica II	22
U.S.L. n. 2	Ospedale Alghero	
	— Divisione Medicina (di cui n. 10 p.l. per osservazione con servizio di oncologia medica)	83
	Ospedale Ittiri	
	— Divisione medicina (di cui almeno 10 p.l. di geriatria)	40
	Ospedale Thiesi	
	— Divisione medicina (di cui almeno 10 p.l. di geriatria)	45
U.S.L. n. 3	Ospedale Tempio	
	— Divisione Medicina (di cui n. 5 p.l. per osservazione)	50
U.S.L. n. 4	Ospedale La Maddalena	
	— Divisione Medicina	40
	Ospedale Olbia	
	— Divisione Medicina (di cui n. 8 p.l. per osservazione)	50
U.S.L. n. 5	Ospedale Ozieri	
	— Divisione Medicina (di cui n. 10 p.l. per osservazione)	70
	Totale Provinciale	630

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 6	Ospedale Bosa	
	— Divisione Medicina (di cui n. 6 p.l. per osservazione e almeno 10 p.l. di geriatria)	50
U.S.L. n. 7	Ospedale Nuoro	
	— Divisione Medicina (di cui n. 15 p.l. per osservazione - Sezione di oncologia medica 15 p.l. day-hospital nell'ambito della divisione di medicina)	100
U.S.L. n. 9	Ospedale Lanusei	
	— Divisione Medicina (di cui n. 5 p.l. per osservazione)	50
U.S.L. n. 10	Ospedale Sorgono	
	— Divisione Medicina (di cui almeno 10 p.l. di geriatria)	40

U.S.L. n. 11 Ospedale Isili
— Divisione Medicina 50
(di cui almeno 10 p.l. di geriatria)
Totale Prov. Strutture Pubbliche 290

— *Provincia di Oristano:*

U.S.L. n. 12 Ospedale Ghilarza
— Divisione Medicina 50

U.S.L. n. 13 Ospedale Oristano
— Divisione Medicina 80
(di cui n. 10 p.l. per osservazione con servizio di oncologia)
Totale Prov. Strutture Pubbliche 130

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 15 Ospedale S. Gavino
— Divisione Medicina 60
(di cui 10 p.l. per osservazione)

U.S.L. n. 16 Ospedale Iglesias S. Barbara
— Divisione Medicina 90
(di cui 10 p.l. per osservazione)

U.S.L. n. 17 Ospedale Carbonia
— Divisione Medicina 115
(di cui 9 di astanteria)

U.S.L. n. 18 Ospedale di Muravera
— Divisione Medicina 30

U.S.L. n. 20 Ospedale S. Giovanni di Dio (CA)
— Istituto Patologia Medica 60
— Divisione Medicina I 70
Clinica Aresu - gestione autonoma
— Clinica Medica I 131
— Clinica Medica II 50
— Patologia Medica II 22
— Patologia Medica III 18

U.S.L. n. 21 Ospedale SS. Trinità - (CA)
— Divisione Medicina III 45
— Divisione Medicina IV 24
Ospedale S. Michele - (CA)
— Divisione Astanteria Medica 25
— Divisione Medicina II 100
Totale Prov. Strutture Pubbliche 840

———

CHIRURGIA GENERALE

Per la Chirurgia Generale è stato calcolato uno standard di Piano dell'1‰.

Nella Provincia di Sassari la dotazione di posti letto nelle strutture pubbliche supera l'indice di Piano che è di 434 p.l..

Ciò comporta la riduzione di posti letto nella struttura pubblica (vedi Assetto proposto) e della eventuale revisione della convenzione con la struttura privata per n. 50 p.l..

La situazione della Provincia di Nuoro rappresenta una carenza di 20 p.l. rispetto all'indice di Piano di 275, che viene compensata con la prevista entrata in funzione dell'Ospedale di Isili con una divisione chirurgica di 45 p.l. ed il potenziamento dell'Ospedale di Sorgono 40 p.l..

La dotazione di posti letto pubblici nella specialità per la Provincia di Oristano, ammontante a n. 120, è inferiore di 35 p.l. allo standard previsto in n. 155 p.l.. In considerazione dell'elevato tasso di occupazione rilevato nell'Ospedale di Oristano si rende necessario aumentare di n. 20 p.l. la dotazione dell'attuale divisione portandola a n. 90 p.l., riservando 20 p.l. alla chirurgia d'urgenza.

Si rileva altresì la presenza di n. 30 p.l. convenzionati con la struttura privata.

In Provincia di Cagliari la dotazione di posti letto nelle strutture pubbliche presenta una carenza di 106 p.l. rispetto al fabbisogno di 730 p.l..

Inoltre è da tener presente che la Divisione di Chirurgia II dell'Ospedale SS. Trinità riacquisterà la sua dimensione di 65 p.l. (+35 degli attuali) dato il ripristino della Divisione Urologica nei propri locali.

Infine a fronte della carenza di 106 p.l. nella struttura pubblica, si riscontra una capacità ricettiva nella struttura privata convenzionata di 158 p.l..

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI CHIRURGIA GENERALE.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1 Ospedale Sassari
— Divisione Chirurgia 67
— Clinica Chirurgica 92
— Patologia Chirurgica 40

U.S.L. n. 2 Ospedale Alghero
— Divisione Chirurgia 60
(con servizio di audioscopia chirurgica)
Ospedale Ittiri
— Divisione 40
Ospedale Thiesi
— Divisione 25

U.S.L. n. 3 Ospedale Tempio
— Divisione Chirurgia 60

U.S.L. n. 4	Ospedale La Maddalena	
	— Divisione Chirurgia	40
	Ospedale Olbia	
	— Divisione Chirurgia	50
U.S.L. n. 5	Ospedale Ozieri	
	— Divisione Chirurgia	70
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	544

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 6	Ospedale Bosa	
	— Divisione Chirurgia	30
U.S.L. n. 7	Ospedale Nuoro	
	— Divisione Chirurgia Generale (con servizio di endoscopia chirurgica)	100
	— Divisione Chirurgia d'Urgenza	35
U.S.L. n. 9	Ospedale Lanusei	
	— Divisione Chirurgia	60
U.S.L. n. 10	Ospedale Sorgono	
	— Divisione Chirurgia	40
U.S.L. n. 11	Ospedale Isili	
	— Divisione Chirurgia	40
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	305

— *Provincia di Oristano:*

U.S.L. n. 12	Ospedale Ghilarza	
	— Divisione Chirurgia	50
U.S.L. n. 13	Ospedale Oristano	
	— Divisione Chirurgia (di cui 20 p.l. di chirurgia di urgenza - con servizio di endoscopia chirurgica)	90
	Totale Prov. Strutture pubbliche	140

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 15	Ospedale S. Gavino	
	— Divisione Chirurgia	45
U.S.L. n. 16	Ospedale Iglesias S. Barbara	
	— Divisione Chirurgia	60
U.S.L. n. 17	Ospedale Carbonia	
	— Divisione Chirurgia	84
U.S.L. n. 18	Ospedale Muravera	
	— Divisione Chirurgia	40
U.S.L. n. 20	Ospedale Marino - (CA)	
	— Divisione Chirurgia d'Urgenza	30
	Ospedale Binaghi - (CA)	
	— Patologia Chirurgica III	45
	Ospedale S. Giovanni di Dio - (CA)	
	— Patologia Chirurgica (corso di laurea in odontoiatria)	20
	— I e II Semeiotica Chirurgica	20
	— Clinica Chirurgica I	70
	Istituto Patologia Chirurgica I	40
U.S.L. n. 21	Ospedale S. Michele - (CA)	
	— Divisione Chirurgia	75
	— Divisione Chirurgia d'Urgenza	50
	Ospedale SS. Trinità - (CA)	
	— Divisione Chirurgia (con servizio di endoscopia digestiva)	65
	— Sezione autonoma di chirurgia vascolare	
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	644

(*) n. 15 p.l. nell'ambito dei p.l. della ricettività complesiva dell'Ospedale SS. Trinità

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Il Progetto obiettivo relativo alla tutela della maternità consapevole, alla mortalità infantile ed alla tutela della salute in età evolutiva, approfondisce nel dettaglio la problematica connessa a tale disciplina, pervenendo alle conclusioni di seguito riportate schematicamente.

Per connessione con la materia in argomento, il progetto-obiettivo puntualizza anche le esigenze afferenti l'assetto da conferire ai «nidi».

L'indice di Piano individuato è dello 0.70%.

La situazione nelle 4 Provincie è la seguente:

LOCALITA'	STRUTTURE	OSTETRICIA GINEC.		NIDI		Sezione gravidanza rischio dotazione P.L.
		P.L. esistenti	P.L. proposti	Culle esistenti	Culle proposte	
U.S.L. n. 1 Sassari	Clinica Ost.	95	85	45	45	20 (*)
U.S.L. n. 1 Sassari	Div. Ost. O.R.	40	40	—	—	
U.S.L. n. 2 Alghero	Div. Ostetr.	60	45	30	20	
U.S.L. n. 3 Tempio	Div. Ostetr.	30	30	20	10	
U.S.L. n. 4 Olbia	Div. Ostetr.	15	25	15	10	
U.S.L. n. 4 La Maddalena	Sez. Ost. agg.	15	10	10	5	
U.S.L. n. 5 Ozieri	Div. Ostetr.	45	45	16	20	
PROVINCIA DI SASSARI		300	280	136	110	

Nella Provincia di Sassari risultano inoltre convenzionati con le Case di Cura Private 30 posti letto.
Pertanto l'assetto complessivo proposto risulta il seguente:

— Totale Strutture Pubbliche 280 p.l.

LOCALITA'	STRUTTURE	OSTETRICIA GINEC.		NIDI		Sezione gravidanza rischio dotazione P.L.
		P.L. esistenti	P.L. proposti	Culle esistenti	Culle proposte	
U.S.L. 12 Ghilarza	Sez. Agg.	25	15	—	—	
U.S.L. n. 13 Oristano	Div. Ostetr.	56	90	35	25	20 (*)
PROVINCIA DI ORISTANO		81	105	35	25	

Nella Provincia di Oristano l'assetto proposto risulta il seguente:

— Totale Strutture Pubbliche 105 p.l.

LOCALITA'	STRUTTURE	OSTETRICIA GINEC.		NIDI		Sezione gravidanza rischio dotazione P.L.
		P.L. esistenti	P.L. proposti	Culle esistenti	Culle proposte	
U.S.L. n. 6 Bosa	Sez. Agg.	5	5	6	—	
U.S.L. n. 7 Nuoro	Div. Ostetr.	100	85	40	30	20 (*)
U.S.L. n. 9 Lanusei	Div. Ostetr.	50	45	18	10	
U.S.L. n. 10 Sorgono	Sez. Agg.	15	10	15	5	
U.S.L. n. 11 Isili	Divisione	—	25	—	10	
PROVINCIA DI NUORO		170	170	79	55	

Nella Provincia di Nuoro l'assetto proposto risulta il seguente:

— Totale Strutture Pubbliche 170 p.l.

(*) Nell'ambito della ricettività della divisione.

LOCALITA'	STRUTTURE	OSTETRICIA GINEC.		NIDI		Sezione gravidanza rischio dotazione P.L.
		P.L. esistenti	P.L. proposti	Culle esistenti	Culle proposte	
U.S.L. n. 15 S. Gavino	Divisione	38	35	20	20	
U.S.L. n. 16 Iglesias (S. Barbara)	Div. Ostetr.	45	45	40	15	
U.S.L. n. 17 Carbonia	Div. Ostetr.	68	50	15	20	
U.S.L. n. 18 Muravera	Sez. Agg.	15	10	—	5	
U.S.L. n. 20 Cagliari	Clinica Ost. S. Giovanni	96	100	60	50	20 (*)
U.S.L. n. 21 Cagliari	Div. SS. Trin.	65	65	40	25	
U.S.L. n. 21 Cagliari	Div. S. Michele	—	65	—	30	
PROVINCIA DI CAGLIARI		327	370	175	165	

Nella Provincia di Cagliari risultano inoltre convenzionati con le Case di Cura private 195 posti letto. Si precisa in particolare che si rende opportuno estendere la convenzione con la Casa di Cura Privata Città di Quartu oltreché per la specialità di Ginecologia anche per quella di Ostetricia (10 p.l.) in considerazione del notevole incremento della Città di Quartu S. Elena e dei Comuni contermini. Pertanto l'assetto complessivo proposto risulta il seguente:

— Totale Strutture Pubbliche 370 p.l.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Per la Ortopedia e Traumatologia è stato individuato uno standard di 0,45‰ quale indice di piano.

Nella Provincia di Sassari l'attuale dotazione di n. 367 posti letto nella struttura pubblica è superiore di n. 172 p.l. allo standard previsto in n. 195 p.l.

Ciò postula l'esigenza di una riconversione dei posti letto eccedenti attivando strutture di riabilitazione del tipo Day Hospital, da individuarsi in particolare presso i presidi di Alghero e Ozieri.

Nella Provincia di Nuoro l'attuale dotazione di n. 110 posti letto della struttura pubblica, risulta inferiore di n. 23 p.l. rispetto allo standard previsto in n. 123 p.l. che non si ritiene di dover colmare con l'attivazione di ulteriori posti letto in considerazione del non elevato tasso occupazionale nel triennio 1980-1982. L'indice di utilizzazione, infatti, consente di trovare nella attuale disponibilità di posti letto condizioni favorevoli al soddisfacimento di un eventuale aumento della domanda di assistenza.

Nella Provincia di Oristano la struttura pubblica è fortemente sottodimensionata e richiede interventi di espansione che si concrettizzano nel raddoppio della capacità ricettiva della Divisione Ortopedica dell'Ospedale di Oristano.

Nella Provincia di Cagliari l'attuale dotazione di n. 390 posti letto nella struttura pubblica è riferita per 360 posti letto alla disciplina di Ortopedia e Traumatologia e per n. 30 posti letto alle due sezioni autonome di Chirurgia della Mano dotate ciascuna di 15 posti letto ed operanti presso gli Ospedali Marino e SS. Trinità.

Ferma restando l'esigenza di confermare le due sezioni di Chirurgia della mano, la dotazione dei posti letto di Ortopedia supera di n. 61 p.l. lo standard previsto in n. 329 p.l.

Tale eccedenza subirà un incremento di 35 p.l. con l'ultilizzazione dei nuovi locali della Divisione operante presso l'Ospedale SS. Trinità di Cagliari (+ 40 p.l.) e con l'ampliamento della Divisione di S. Gavino (+ 10 p.l.).

L'attuale situazione corrisponde al livello della funzionalità richiesta per questo comparto.

Con la piena utilizzazione delle strutture pubbliche sopracitato si potrà conseguire la revisione della attuale convenzione con la Casa di cura Privata che dispone di n. 25 p.l.

(*) Nell'ambito delle ricettività della clinica.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA E CHIRURGIA DELLA MANO.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1 Ospedale Sassari
— Divisione Ortopedia e Traumatologia con Day Hospital di riabilitazione 75
— Clinica Ortopedica - Università (Gestione Autonoma) 62
Ortopedia Pediatrica - Università S. Camillo 30

U.S.L. n. 2 Ospedale Alghero
— Divisione Ortopedia e Traumamatologia con Day Hospital di riabilitazione 120

U.S.L. n. 4 Ospedale Olbia
— Divisione Ortopedia e Traumatologia 20

U.S.L. n. 5 Ospedale Ozieri
— Divisione Ortopedia e Traumatologia con Day Hospital di riabilitazione 40
Totale Prov. Strutture Pubbliche 347

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7 Ospedale Nuoro
— Divisione Ortopedia e Traumatologia con Day Hospital di riabilitazione 75

U.S.L. n. 9 Ospedale Lanusei
— Divisione Ortopedia e Traumatologia 25
Totale Prov. Strutture Pubbliche 100

— *Provincia di Oristano:*

U.S.L. . 13 Ospedale Oristano
— Divisione Ortopedia e Traumamatologia 60
Totale Prov. Strutture Pubbliche 60

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 15 Ospedale S. Gavino:
— Divisione Ortopedia e Traumatologia 35

U.S.L. n. 16 Ospedale C.T.O. Iglesias
— Divisione Ortopedia e Traumatologia con Day Hospital di riabilitazione di cui 5 p.l. per unità spinale 135

U.S.L. n. 17 Ospedale Carbonia
— Divisione Ortopedia e Traumatologia 50

U.S.L. n. 20 Ospedale Marino - CA
— Divisione Ortopedia e Traumatologia con servizio di riabilitazione e Day-Hospital 45
Clinica Ortopedica 75
— Sezione autonoma di chirurgia della mano 15

U.S.L. n. 21 Ospedale SS. Trinità
— Divisione Ortopedia e Traumatologia con servizio di riabilitazione e Day-Hospital 75
— Sezione autonoma di chirurgia della mano 15
Totale Prov. Strutture Pubbliche 445

PEDIATRIA

Il progetto obiettivo relativo alla tutela della maternità consapevole, la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute in età evoluta, approfondisce la problematica connessa a tale disciplina, pervenendo alle conclusioni di seguito riportate schematicamente. Per la pediatria, nel cui ambito rientrano i servizi di:
Pronto soccorso pediatrico
Puericultura
Patologia Neonatale
Terapia intensiva neonatale
Infettivi pediatrici
Genetica
Microcitemia
Malattie su base genetica (emofilici etc.)
Endocrinologia pediatrica
Neuropsichiatria infantile,
viene determinato un indice di Piano dello 0,45‰.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI PEDIATRIA

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1 — Clinica Pediatrica con servizio di day-hospital pediatrico e ambulatorio 45
— Divisione di Patologia neonatale presso l'Istituto di Puericultura + sezione di terapia intensiva neonatale (4 p.l.) + sezione

	infettivi isolamento neonatale	30
	Ospedale Civile	
	— Divisione di pediatria sezione di malattie infettive pediatriche	45
U.S.L. n. 2	Ospedale Alghero	
	— Divisione pediatrica, sezione infettivi isolamento, sezione patologia neonatale	30
U.S.L. n. 3	Ospedale Tempio	
	— Sezione pediatrica	10
U.S.L. n. 4	Ospedale Olbia	
	— Divisione pediatrica con Sezione di patologia neonatale	30
	Ospedale La Maddalena	
	— Sezione pediatrica (aggregato a Olbia)	10
U.S.L. n. 5	Ospedale di Ozieri	
	— Divisione Pediatrica con Sezione Patologia Neonatale	30
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	220

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7	Ospedole S. Francesco	
	— Divisione pediatrica con servizio di Pronto Soccorso pediatrico, sezione patologica neonatale e Day-Hospital	45
	— Sezione terapia intensiva neonatale	15
U.S.L. n. 9	Ospedale Lanusei	
	— Sezione pediatrica	15
U.S.L. n. 10	Ospedale Sorgono	
	— Sezione pediatrica	5
U.S.L. n. 11	Ospedale Isili	
	— Sezione pediatrica	10
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	90

— *Provincia di Oristano:*

U.S.L. n. 13	Ospedale Oristano	
	— Divisione pediatrica con servizio di pronto soccorso pediatrico e Sezione Aggregata di Patologia Neonatale	40
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	40

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 15	Ospedale S. Gavino	
	— Sezione pediatrica con servizio patologia neonatale	10
U.S.L. n. 16	Ospedale Crobu	
	— Divisione pediatrica con Sezione di patologia neonatale (+ 15 p.l. Day-Hospital)	30
U.S.L. n. 17	Ospedale Civile Carbonia	
	— Divisione Pediatrica con Sezione di patologia neonatale	35
U.S.L. n. 20	— Istituto di Puericultura e di Patologia Neonatale + sezione neonatale della clinica ostetrica (nido)	40
	— Divisione di patologia neonatale presso lo stesso Istituto + sezione terapia intensiva (5 p.l.) e infettiva isolamento neonatale	40
	— Clinica Pediatrica I con servizio di Pronto Soccorso Pediatrico	70
U.S.L. n. 21	Ospedale Microcitemico	
	— Clinica Pediatrica II con day-hospital pediatrico	33
	— coagulopatie congengiite e linfopatie maligne pediatriche (I Clinica pediatrica)	6
	— endocrinologia pediatrica (I Clinica pediatrica)	6
	Ospedale S. Michele	
	— Divisione pediatrica servizio di Pronto Soccorso pediatrico, servizio terapia intensiva, sezione infettivi isolamento, sezione patologia neonatale	50
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	324

CHIRURGIA PEDIATRICA

L'indice di Piano assunto è dello 0,03‰.

Presso l'Università di Sassari nell'ambito dei posti letto delle Cliniche Chirurgiche opera una sezione con 15 p.l..

Nella Provincia di Cagliari sono attivate strutture di Chirurgia Pediatrica presso l'Ospedale SS. Trinità di Cagliari e presso l'Ospedale Crobu di Iglesias, dotate rispettivamente di 55 e 30 p.l..

In considerazione del notevole tasso di occupazione registrato presso la Divisione SS. Trinità si ritiene di dover incrementare l'attuale dotazione portandola a 60 p.l. con una sezione ustionati pediatrici.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI CHIRURGIA PEDIATRICA.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1 Università Sassari
— Sezione chirurgica pediatrica nell'ambito dei posti letto delle cliniche chirurgiche (15 p.l.) —

— *Provincia di Cagliari*

U.S.L. n. 16 Ospedale Crobu Iglesias 30
U.S.L. n. 21 Ospedale SS. Trinità
— Divisione Chirurgia pediatrica (Clinica Chirurgica Universitaria) 45
— Sezione ustionati pediatrici 15
Totale Regionale Strutture Pubbliche 90

NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
(nell'ambito del dipartimento materno-infantile)

1) U.S.L. n. 1 Sassari — Clinica Pediatrica Servizio autonomo con p.l. 16 e con attività di day-hospital su n. 10 p.l. Pronto Soccorso

2) U.S.L. n. 7 Nuoro — Ospedale S. Francesco Servizio autonomo con p.l. 8 e con attività di day-hospital su n. 5 p.l. Pronto Soccorso

3) U.S.L. n. 13 Oristano — Ospedale S. Martino Servizio autonomo con p.l. 6 e con attività di day-hospital su n. 5 p.l. Pronto Soccorso

4) U.S.L. n. 16 Iglesias — Ospedale F.lli Crobu Servizio autonomo p.l. 5 e con attività di di day-hospital su n. 4 p.l.

5) U.S.L. n. 20 Cagliari — Ospedale S. Giovanni di Dio (Università) Servizio autonomo con p.l. 16 e con attività di day-hospital su n. 10 p.l. Pronto Soccorso

CENTRI O SERVIZI PARTICOLARI

a) Centro per lo screening degli errori congeniti del metabolismo
Cagliari - Clinica Pediatrica II - (Ospedale per la microcitemia)

b) Centro di endocrinologia pediatrica
Cagliari - Clinica Pediatrica I - (Ospedale per la microcitemia)

c) Centri per la microcitemia

CAGLIARI — Centro regionale per la microcitemia - (Ospedale per la microcitemia) Servizio diagnostico di massa, Servizio di Day-Hospital, Servizio di diagnosi prenatale

SASSARI — Centro provinciale per la microcitemia (Clinica pediatrica) Servizio diagnostico di massa, Servizio di Day-Hospital

NUORO — Centro provinciale per la microcitemia - Divisione pediatrica dell'Ospedale S. Francesco) Servizio diagnostico di massa, Servizio di Day-Hospital

ORISTANO — Centro provinciale per la microcitemia - Divisione pediatrica dell'Ospedale S. Martino) Servizio diagnostico di massa, Servizio di Day-Hospital

IGLESIAS — (Divisione pediatrica Ospedale F.lli Crobu) e servizio diagnostico di massa

CARBONIA — Servizio di Day-Hospital - (Divisione pediatrica - Ospedale Sirai)

SAN GAVINO »
ALGHERO »
OZIERI »
TEMPIO »
OLBIA »
LANUSEI »
MACOMER »
ISILI »

d) Centro per le coagulopatie congenite e linfoemopatie maligne pediatriche
CAGLIARI Clinica pediatirca I (Ospedale per la microcitemia)

MALATTIE INFETTIVE

L'indice di Piano assunto, quale standard regionale è di 0,10‰.

Nella Provincia di Sassari la attuale dotazione di posti letto è di n. 50 che è superiore di n. 7 p.l. rispetto allo standard di piano che è di 43 p.l. Nell'Ospedale di Alghero viene prevista una sezione per 15 p.l.

Nella Provincia di Nuoro la dotazione di n. 15 p.l. è inferiore di n. 12 posti letto rispetto allo standard previsto in n. 27 p.l.

Nella Provincia di Oristano, attualmente non esistono posti letto per detta disciplina, mentre lo standard ne prevede 15 .

Nella Provincia di Cagliari la dotazione nella struttura pubblica è di 95 posti letto, superiore di n. 22 p.l. rispetto all'indice di piano che è di n. 73 p.l.

La dotazione di posti letto nelle Provincie di Cagliari e di Sassari, superiore all'indice di Piano, si giustifica per la particolarità della relativa patologia. Per la Provincia di Nuoro si rende necessario incrementare di n. 10 p.l. l'attuale dotazione della Sezione operante presso l'Ospedale S. Francesco, mentre per la Provincia di Oristano occorre istituire una Sezione di 15 p.l. presso l'Ospedale San Martino di Oristano.

La individuazione degli Ospedali citati per la localizzazione di specifici presidi di ricovero per malattie infettive risponde all'esigneza di garantire il collegamento funzionale di detti presidi con tutti gli altri servizi propri dell'ospedale; mentre le latre strutture Ospedaliere operanti nelle diverse UU.SS.LL. devono dotarsi di idonei locali di isolamento in proporzioni adeguate alle dimensioni dell'Ospedale secondo le disposizioni dell'art. 19 della Legge 12.2.1968, n.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI MALATTIE INFETTIVE.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1	Ospedale Sassari	
	— Clinica Malattie Infettive	50
	Ospedale Alghero	
	— Sezione (*)	15
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	65

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7	Ospedale Nuoro	
	— Sezione Malattie Infettive	25
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	25

— *Provincia di Oristano:*

U.S.L. n. 13	Ospedale Oristano	
	— Sezione Malattie Infettive	15
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	15

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 21	Ospedale SS. Trinità - (CA)	
	— Divisione Malattie Infettive	70
	— Sezione autonoma per le malattie tropicali e per le forme virali altamente contagiose	25
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	95

CARDIOLOGIA

Cardiologia ed Unità Coronarica

Si è assunto quale indice regionale lo 0,13‰ nel cui interno si considera lo 0,028‰ per posti letto di Unità coronarica, e, 0,056‰ di Unità postcoronarica.

Sulla base del predetto indice il numero dei p.l. nella regione dovrebbe essere pari a *207* di cui 45 per unità coronarica, articolate come segue nelle Provincie.

Nella Provincia di Sassari la Cardiologia si articola nelle seguenti strutture: Divisione di Cardiologia dell'Ospedale di Sassari con 35 letti, di cui 8 Coronarici e 16 Postcoronarici; Ospedale di Olbia, servizio autonomo, con 12 posti letto, di cui 4 Coronarici e 8 Postcoronarici. Si ritiene opportuno istituire un'altra unità coronarica nella Città di Sassari, presso la Clinica Medica dell'Università, sede della scuola di speicalizzazione in Cardiologia, nell'ambito della disponibilità attuale dei posti letto della Clinica con 12 letti, di cui 4 coronarici e 8 postcoronarici.

Nella Provincia di Nuoro è indispensabile istituire nell'Ospedale di Nuoro una divisione con 25 letti, di cui 4 coronarici e 8 post-coronarici con servizio di riabilitazione e diagnostica cardiologica non invasiva con la seguente dotazione strumentale: Doppler - Holder - Poligrafo - Ecocardiografo - Ergometro.

Nella Provincia di Oristano, Ospedale di Oristano, si rende necessaria l'istituzione di un servizio autonomo con 12 letti, di cui 4 per unità coronarica e 8 postcoronarica.

Nella Provincia di Cagliari la Cardiologia viene prevista come segue: Ospedale S. Michele, 50 posti letto, di cui 6 di unità coronarica e 12 postcoronarici; Clinica Cardiologica, con scuola di specializzazione, letti 50, così suddivisi: Clinica Aresu letti 26, Ospedale S. Giovanni di Dio p.l. 24, con 6 p.l. di unità coronarica e 12 di unità postcoronarica, ad integrazione di posti letto della Clinica Aresu per la Cattedra di Cardiologia, che altrimenti rimarrebbe priva di unità coronarica; Ospedale SS. Trinità, servizio autonomo, con 18 letti, di cui 6 per unità coronarica e 12 post-coronarica; Ospedale di Carbonia, servizio autonomo, con 12 letti di cui 4 coronarici e 8 post-coronarici.

Gli altri Ospedali maggiori dovrebbero essere dotati di servizi autonomi senza letti per la diagnostica cardiovascolare, mentre gli Ospedali più piccoli andrebbero collegati mediante telefono con gli Ospedali maggiori, per cui Muravera verrebbe collegato con Cagliari, Sorgono con Isili o Cagliari, Lanusei con Nuoro, Bosa con Macomer (o viceversa), Ittiri e, Thiesi con Alghero, Ghilarza con Oristano, La Maddalena con Olbia.

Si sottolinea, inoltre che le maggiori strutture cardiologiche dell'Isola (Ospedale di Sassari, Ospedale S. Michele, Cattedra di Cardiologia dell'Università di Cagliari) devono essere dotati di idonee attrezzature emodinamiche indispensabili per la diagnostica cardiovascolare e per la terapia acuta dell'infarto. E' un settore, quest'ultimo tecnico-sanitario che, per la patologia che vi afferisce, per l'alta qualificazione professionale e per il supporto tecnico che richiede, ha bisogno di essere attivato per intero nella struttura pubblica.

Pertanto con l'entrata in funzione del piano previsto per le strutture pubbliche, si renderà necessaria l'eventualità di una revisione delle convenzioni con le Case di Cura Private.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI CARDIOLOGIA, UNITA' CORONARICA E POST-CORONARICA.

		p.l. Cardiologia	di cui	U.C./	Post-U.C.
— *Provincia di Sassari:*					
U.S.L. n. 1	Ospedale Sassari				
	— Divisione Cardiologia	35	» »	8	16
		p.l. Cardiologia	di cui	U.C./	Post-U.C.
	— Clinica Medica				
	Università di Sassari (*)		» »	4	8
U.S.L. n. 4	Ospedale Olbia				
	— Servizio Autonomo	12	» »	4	8
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	47		16	32
— *Provincia di Nuoro:*					
U.S.L. n. 7	Ospedale Nuoro				
	— Divisione Cardiologia	25	» »	4	8
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	25	» »	4	8
— *Provincia di Oristano:*					
U.S.L. n. 13	Ospedale Oristano				
	— Servizio autonomo	12	» »	4	8
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	12	» »	4	8
		p.l. Cardiologia	di cui	U.C./	Post-U.C.
— *Provincia di Cagliari:*					
U.S.L. n. 17	Ospedale Carbonia				
	— Servizio Autonomo	12	» »	4	8
U.S.L. n. 20	Clinica Cardiologica				
	Università - Cagliari	26		—	—
	Ospedale S. Giovanni di Dio				
	— Clinica Cardiologica	24	» »	6	12
U.S.L. n. 21	Ospedale S. Michele - (CA)				
	— Divisione Cardiologia	50	» »	6	12
	Ospedale SS. Trinità				
	— Sezione Cardiologia	18	» »	6	12
	Totale Prov.le Strutture Pubbliche	130		22	44

(*) i posti letto sono ottenuti dalla disponibilità attuale complessiva della Clinica Medica.

OTORINOLARINGOIATRIA

L'indice di Piano assunto quale standard è di 0,15‰.

Nella Provincia di Sassari, l'attuale dotazione di n. 120 p.l. nella struttura pubblica è notevolmente superiore rispetto allo standard previsto di n. 65 p.l..

Al fine di estendere al territorio il servizio si propone che, sulla base anche del ridotto tasso di occupazione, nell'ambito della disponibilità dei posti letto della Clinica ORL si attivi una sezione di 15 p.l. presso la struttura Ospedaliera di Olbia.

Si rende altresì necessario ridimensionare l'attuale capacità ricettiva, anche per il basso tasso di occupazione nel triennio degli Ospedali di Tempio e di Alghero, portandola da 30 a 20 p.l. e procedere ad una revisione della vigente convenzione con la Casa di Cura privata che dispone attualmente di n. 20 p.l..

Nella Provincia di Nuoro l'attuale dotazione di 30 p.l., è inferiore di n. 11 p.l. rispetto all'indice di Piano che è di n. 41 p.l., e pertanto si rende necessario attivare una Sezione con 15 p.l. presso l'Ospedale di Lanusei.

Nella Provincia di Oristano non esistono strutture a livello pubblico per cui si prospetta la necessità di istituire una divisione di otorinolaringoiatria dotata di n. 30 p.l..

Si prende atto altresì dell'esistenza di n. 8 p.l. convenzionati con la Casa di Cura Privata.

Nella Provincia di Cagliari la dotazione di posti letto nella struttura pubblica è di n. 80 p.l., quindi inferiore di n. 30 p.l. rispetto all'indice di Piano che è di n. 110 p.l..

Si prospetta pertanto, l'esigenza di un aumento a livello provinciale di n. 30 p.l. che, per ragioni di riequilibrio territoriale, potranno essere localizzati presso l'Ospedale Crobu di Iglesias e presso l'Ospedale di San Gavino in due Sezioni dotate di n. 15 p.l. ciascuna, con complementari strutture ambulatoriali aperte al territorio.

La operatività delle nuove strutture ipotizzate potrà suggerire la revisione delle convenzioni attualmente vigenti con le Case di Cura private per complessivi n. 42 p.l..

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI OTORINOLARINGOIATRIA.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1	Ospedale Sassari — Clinica Otorino con servizio di Day-Hospital di audiofoniatria e sezione di 15 p.l. da attivare presso l'Ospedale di Olbia	50
U.S.L. n. 2	Ospedale di Alghero — Divisione Otorinolaringoiatria	20
U.S.L. n. 3	Ospedale Tempio — Divisione Otorinolaringoiatria	20
U.S.L. n. 4	Ospedale Olbia — Sezione di Otorinolaringoiatria di 15 p.l. nell'ambito della disponibilità della Clinica Otorino di Sassari	
U.S.L. n. 5	Ospedale Ozieri — Sezione Otorinolaringoiatria	10
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	100

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n 7	Ospedale Nuoro — Divisione Otorinolaringoiatria	30
U.S.L. n. 9	Ospedale di Lanusei — Sezione otorinolaringoiatria	15
		45

— *Provincia di Oristano*

U.S.L. n. 13	Ospedale di Oristano — Divisione otorinolaringoiatria	30
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	30

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 15	Ospedale San Gavino: Sezione Otorinolaringoiatria	15
U.S.L. n. 16	Ospedale «Crobu» Iglesias — Sezione Otorinolaringoiatria	15
U.S.L. n. 20	Ospedale San Giov. di Dio - CA — Clinica Otorinolaringoiatria con servizio di Day-Hospital di audiofoniatria.	50
U.S.L. n. 21	Ospedale SS. Trinità - CA Divisione Otorinolaringoiatria	30
	Totale Prov. Stutture Pubbliche	110

OCULISTICA

L'indice di Piano assunto quale standard regionale è di 0,12‰.

Nella Provincia di Sassari, mentre si rileva che la dotazione di n. 82 p.l. è eccedente di n. 30 p.l. rispetto allo

standard previsto in n. 52 p.l. si osserva una carenza della specialità in zone emergenti e pertanto al fine di estendere al territorio il servizio, si propone la riduzione dei posti letto della Clinica Oculistica di Sassari a n. 50, il ridimensionamento della capacità ricettiva, in considerazione dell'indice di occupazione che è al di sotto del 50% nella Divisione di Ozieri portandola da n. 30 p.l. a n. 25 p.l. incrementando contemporaneamente l'attività ambulatoriale con l'attivazione di una Sezione di Oculistica con 10 p.l. presso l'Ospedale di Olbia.

Si potrà altresì determinare la eventualità di una revisione della convenzione con la Casa di Cura Privata per n. 20 p.l..

Nella Provincia di Nuoro la dotazione di n. 54 p.l. è superiore di n. 11 p.l. rispetto allo standard che è di n. 33 p.l. e pertanto se ne dispone il ridimensionamento a n. 45 p.l..

Nella Provincia di Oristano, che pure ha un indice di Piano di n. 19 p.l., non esistono posti letto nella Struttura Pubblica, mentre la Casa di Cura Privata è convenzionata per n. 10 p.l.

La istituzione di un Servizio nella Struttura Pubblica potrà essere programmata in una fase successiva in considerazione anche del fatto che la capacità ricettiva nelle Province di Cagliari e di Nuoro è superiore all'indice di Piano.

Nella Provincia di Cagliari la dotazione di posti letto nella Struttura Pubblica è di n. 55 p.l. inferiore quindi di n. 33 p.l. allo standard previsto in n. 88 p.l..

Tale carenza potrà essere colmata con la istituzione della Divisione di Oculistica con n. 50 p.l. presso l'Ospedale S. Michele di Cagliari.

Dalla attivazione di detta Divisione potrà conseguire la eventualità della revisione delle convenzioni con le Case di Cura Private che dispongono di n. 113 p.l..

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI OCULISTICA.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1	Ospedale di Sassari — Clinica Oculistica	50
U.S.L. n. 4	Ospedale Olbia Servizio Oculistica	10
U.S.L. n. 5	Ospedale Ozieri — Divisione Oculistica	25
	Totale Prov Strutture Pubbliche	85

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7	Ospedale Nuoro — Divisione Oculistica	45
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	45

— *Provincia di Oristano:*

Strutture Pubbliche

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 20	Ospedale S. Giovanni di Dio - CA — Clinica Oculistica	55
U.S.L. n. 21	Ospedale S. Michele - CA — Divisione Oculistica	50
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	105

GASTROENTEROLOGIA

L'indice di Piano assunto quale standard è di 0,04‰.

Presso l'Università di Sassari, nell'ambito della attuale ricettività dei posti letto degli Istituti Clinici Universitari e della II Div. Medicina di Sassari va realizzato un servizio interdisciplinare, medico e chirurgico, prevalentemente a carattere ambulatoriale e di Day Hospital.

Tale servizio oltre ad assolvere ai compiti assistenziali nel settore, può costituire l'indispensabile supporto didattico per le scuole di specializzazione in gastroenterologia-endoscopia ed in chirurgia dell'apparato digerente.

Con l'attivazione di detto servizio si potrà determinare la eventualità della revisione della convenzione con la Struttura Privata per n. 20 p.l.

Nella Provincia di Cagliari opera la Divisione di Gastroenterologia presso l'Ospedale S. Michele con n. 36 p.l. rispetto ad uno standard di Piano che risulta pari al n. 29 p.l.

Nei presidi Ospedalieri di Cagliari sia a livello Ospedaliero che Universitario esistono attività emergenti di Gastroenterologia a tipo dipartimentale che necessitano una attivazione di servizi nell'ambito delle discipline internistiche e chirurgiche.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI GASTROENTEROLOGIA.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1 Ospedale Sassari
— Istituti Univers. e Ospedali Sassari
— Servizio Interdisciplinare medico e chirurgico a carattere ambulatoriale e di day-hospital.

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 21 Ospedale S. Michele - CA

— Divisione Gastroenterologia	36
Totale Prov. Strutture Pubbliche	36

UU.SS.LL. n. 20 e 21

— Servizio Interdisciplinare medico e chirurgico a carattere ambulatoriale e di Day-Hospital.

ANESTESIA e RIANIMAZIONE

L'indice di Piano assunto quale standard regionale è di 0,08‰.

In Provincia di Sassari la dotazione di posti letto nella Struttura Pubblica è di n. 31 p.l. inferiore di n. 4 p.l. rispetto allo standard di n. 35 p.l.

Tale differenza verrà colmata con la istituzione di n. 3 p.l. negli Ospedali di Alghero - Olbia e n. 2 p.l. nell'Ospedale di Tempio.

Nella Provincia di Nuoro la dotazione attuale è di n. 16 p.l. e con la attivazione di n. 4 p.l. a Lanusei e n. 2 p.l. a Sorgono si arriverà a coprire le necessità previste dall'indice di Piano pari a n. 22 p.l.

Nella Provincia di Oristano lo Standard è di n. 12 p.l. ed attualmente non risultano funzionanti p.l. Si propone pertanto l'istituzione in questa fase di n. 4 p.l.

Nella provincia di Cagliari la dotazione è di n. 32 p.l. oltre i 6 p.l. di terapia antalgica dell'Ospedale «Businco».

La prevista istituzione di n. 15 p.l. presso l'Ospedale SS. Trinità, l'incremento di n. 10 p.l. presso l'Ospedale S. Michele, di n. 6 p.l. presso il S. Giovanni di Dio, di n. 2 p.l. presso l'Ospedale Marino di Cagliari, di n. 4 p.l. ad Iglesias e di n. 4 p.l. a Carbonia porterà la capacità ricettiva a n. 73 (senza i 6 p.l. di terapia Antalgica dell'Ospedale Businco di Cagliari) mentre l'indice di Piano è pari a n. 58 p.l.

In linea con gli attuali orientamenti dell'attività dei centri di rianimazione, si evidenzia la necessità di convertire parte degli attuali posti letto in dotazione ai presidi ospedalieri della regione da letti di terapia intensiva in letti di terapia semintensiva, stante anche la bassa utilizzazione riscontrata nel triennio 1980-1982.

Ai reparti di rianimazione possono afferire i servizi di terapia antalgica in regime di Day-Hospital o come supporto delle degenze dell'intero complesso ospedaliero.

In particolare inoltre, detti servizi, si sottolinea l'esigenza che siano organizzati unitariamente per consentire un ottimale uso del personale e delle strutture.

Allo scopo, infine, di evitare disfunzioni nel servizio, ogni struttura dovrà essere attrezzata per garantire, nei reparti di rianimazione, posti letto di isolamento.

Per quanto riguarda specificamente il Servizio di Anestesia, considerato l'attuale situazione relativa all'utilizzo del personale medico e paramedico, ed a certe carenze in tali quadri, che non permette un adeguato uso delle sale operatorie, si dovrà provvedere ad un migliore utilizzo delle figure professionale in servizio ed a promuovere nel contempo la necessaria formazione professionale.

Ciò al fine di raggiungere un utilizzo delle sale operatorie per non meno di cinque giorni alla settimana.

Operano altresì nei territori regionali i servizi di anestesia e rianimazione, privi di posti letto, costituenti il necessario supporto per le specialità chirurgiche, che sono ubicati:

Provincia di Sassari:

U.S.L. n. 2 - Ospedale Ittiri
- Ospedale Thiesi

U.S.L. n. 4 - Ospedale La Maddalena

Provincia di Nuoro:

U.S.L. n. 6 - Ospedale Bosa
U.S.L. n. 11 - Ospedale Isili

Provincia di Oristano:

U.S.L. n. 12 - Ospedale Ghilarza

Provincia di Cagliari:

U.S.L. n. 16 - Ospedale «Crobu» Iglesias
U.S.L. n. 18 - Ospedale Muravera

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1	— Ospedale Sassari	
	— Reparto Rianimazione Univer.	12
	— Servizio Rianimaz. Ospedaliero	15
U.S.L. n. 2	— Ospedale Alghero	
	Servizio Rianimazione	3
U.S.L. n. 3	— Ospedale Tempio	
	— Servizio Rianimazione	2

U.S.L. n. 4	— Ospedale Olbia	
	— Servizio Rianimazione	3
U.S.L. n. 5	— Ospedale Ozieri	
	— Servizio Rianimazione	3
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	38

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7	— Ospedale Nuoro	
	— Servizio Rianimazione	16
U.S.L. n. 9	— Ospedale Lanusei	
	— Servizio Rianimazione	4
U.S.L. n. 10	— Ospedale Sorgono	
	— Servizio Rianimazione	2
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	22

— *Provincia di Oristano:*

U.S.L. n. 13	— Ospedale Oristano	
	— Servizio Rianimazione (con servizio di terapia antalgica)	4
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	4

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 15	— Ospedale S. Gavino	
	— Servizio Rianimazione	4
U.S.L. n. 16	— Ospedale Iglesias (S. Barbara)	3
	— Ospedale Iglesias (CTO)	4
	— Servizio Rianimazione	
U.S.L. n. 17	— Ospedale Carbonia	
	— Servizio Rianimazione	4
U.S.L. n. 20	— Ospedale S. Giovanni di Dio (CA)	
	— Servizio Rianimazione	6
	— Ospedale Binaghi	
	— Servizio Rianimazione	6
	— Ospedale Marino	
	— Servizio Rianimazione	4
U.S.L. n. 21	— Ospedale S. Michele	
	— Servizio Rianimazione	19
	— Ospedale SS. Trinità	
	— Servizio Rianimazione	15
	— Ospedale Businco (1)	
	— Servizio Rianimazione	(*) 8
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	65

(1) + n. 6 p.l. per Terapia Antalgica.

(*) da non considerare ai fini del conteggio globale dei p.l. in quanto ricompresi nella branca di Oncologia.

UROLOGIA

L'indice di Piano individuato per questa disciplina è di 0,21‰.

Nella Provincia di Sassari l'attuale dotazione è di 100 p.l. che risultano ripartiti come segue: 40 p.l. presso la Divisione dell'Ospedale di Sassari, 30 p.l. presso la Clinica Universitaria con annessa Scuola di Specializzazione in Urologia (Gestione Autonoma presso il Policlinico Sassarese) e 30 p.l. presso la Divisione dell Ospedale di Alghero. Tale dotazione è di poco superiore allo standard previsto in 91 p.l. In base al tasso di occupazione rilevato nel triennio 80/'82 è opportuno ridurre la capacità ricettiva della Divisione operante presso l'Ospedale di Alghero a n. 25 p.l. Si prospetta altresì, la necessità di istituire un servizio con n. 10 p.l. annesso alla Divisione di Chirurgia Generale presso l'Ospedale di Olbia.

Nella Provincia di Nuoro l'attuale dotazione di 60 p.l. è adeguata allo standard che è di 53 p.l.

La provincia di Oristano è priva di posti letto in questa Specialità per cui si rende necessario prevedere la istituzione di una Divisione di Urologia con 30 p.l. che si avvicina allo standard provinciale di n. 30 p.l.

Nella Provincia di Cagliari la Divisione di Urologia dello Ospedale SS. Trinità (convenzionata con l'Università come Clinica Urologica con annessa Scuola di Specializzazione in Urologia) sarà dotata di n. 85 p.l. così ripartiti: 5 p.l. di Osservazione Urologica, 12 p.l. di Day-Hospital, 8 p.l. di Terapia Urologica semintensiva e 60 p.l. di degenza normale; a ciò si aggiunge una Sezione Nefrodialitica con 5 reni artificiali per acuti (supporto urologico e trapianto renale), come sarà più specificatamente detto nel capitolo della dialisi.

A questa struttura si affiancano la nuova Divisione di Urologia dell'Ospedale S. Michele per n. 30 p.l. e la Sezione di Urologia dell'Ospedale di S. Gavino, (annessa alla Divisione di Chirurgia Generale) per n. 15 p.l. Quanto sopra determina una dotazione provinciale di 130 p.l. che è inferiore allo standard di piano che è di 133 p.l.

In totale si hanno nella Regione n. 325 p.l., nelle strutture pubbliche contro un indice regionale di n. 335 posti letto.

Pertanto con l'entrata in funzione delle strutture pubbliche previste, potrà conseguire la eventuale revisione delle convenzioni con le Case di Cura Private che attualmente dispongono di n. 83 p.l.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI UROLOGIA.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1	Ospedale Sassari	
	— Divisione Urologia	40
	— Clinica Urologica	30
U.S.L. n. 2	Ospedale Alghero	
	— Divisione Urologica	25
U.S.L. n. 4	Ospedale Olbia	
	— Servizio Urologia (annesso alla Div. di Chirurgia Gen.le)	10
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	105

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7	Ospedale S. Francesco	
	— Divisione Urologia	60
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	60

— *Provincia di Oristano:*

U.S.L. n. 13	Ospedale Oristano	
	— Divisione Urologia	30
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	30

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 15	Ospedale S. Gavino	
	— Sezione Urologia	15
U.S.L. n. 21	Ospedale SS. Trinità	
	— Divisione Urologica (Clinica Urologica Università)	85
	Ospedale S. Michele	
	— Divisione Urologica	30
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	130

PNEUMOLOGIA

L'indice di Piano individuato è pari a 0.30‰ che determina una esigenza Regionale di posti letto di n. 378

Si è ritenuto opportuno individuare tale indice per la particolare incidenza della patologia dell'apparato respiratorio registrato nell'ambito regionale. Peraltro, così come per altre specialità, lo standard suddetto potrà essere suscettibile di modificazione in relazione alla evoluzione che si determinerà nel periodo di validità del Piano.

Nella Provincia di Sassari l'attuale dotazione di 245 p.l. risulta superiore di ben 115 p.l. rispetto allo standard di piano che è pari a n. 130 p.l.

Tale ricettività è così distribuita: 60 p.l. presso la divisione dell'Ospedale di Sassari e 65 p.l. presso la Clinica Tisiologica, mentre 120 p.l. sono ubicati presso l'Ospedale di Bonorva.

Si ritiene pertanto improcrastinabile riconvertire l'Ospedale di Bonorva, che nel triennio 1980-82 presenta un tasso di occupazione medio pari al 16,50%, in una struttura poliambulatoriale.

Nella provincia di Nuoro l'attuale dotazione di n. 160 p.l. è superiore allo standard provinciale che è di 82 p.l.. Si prospetta pertanto la necessità di ridurre la capacità ricettiva dell'Ospedale Zonchello portandolo a n. 130 p.l.

Nella Provincia di Oristano, pur non esistendo posti letto per tale disciplina, non si ritiene opportuno attivarne con apposite divisioni in quanto la ricettività delle strutture pubbliche delle Provincie di Nuoro e Cagliari possono soddisfare la domanda di ricovero anche di questa Provincia.

Nella Provincia di Cagliari la dotazione è pari a 358 p.l. (60 p.l. presso l'Ospedale Crobu di Iglesias, 228 p.l. presso l'Ospedale Binaghi di Cagliari, 100 p.l. presso lo I.N.R.C.A. di Cagliari) che risulta superiore di n. 139 p.l. rispetto all'indice di piano individuato in n. 219 p.l.

Si prospetta pertanto un ridimensionamento dell'attuale capacità ricettiva dell'Ospedale Binaghi portandola a 200 p.l. e della Divisione Broncopneumologia dell'Ospedale Crobu di Iglesias portandolo a 40 p.l., lasciando invariata quella dell'I.N.R.C.A. di Cagliari.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI PNEUMOLOGIA.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1	Ospedale Sassari	
	Divisione Pneumotisiologica	60 p.l.
	Clinica Tisiologica	65 p.l.
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	125 p.l.

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7	Ospedale Zonchello	
	Divisione Broncopneumologia	130 p.l.
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	130 p.l.

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 16	Ospedale Crobu - Iglesias	
	Divisione Broncopneumologia	40 p.l.

U.S.L. n. 20 Ospedale Binaghi (4 Divisioni con 50 p.l.) 200 p.l.

U.S.L. n. 21 I.N.R.C.A. 100 p.l.

Totale Prov. Strutture Pubbliche 340 p.l.

NEUROLOGIA

L'indice di piano è dello 0,15‰.

Nella Provincia di Sassari la dotazione di 71 p.l. determina una situazione ottimale rispetto allo standard di 65 p.l.

Nella Provincia di Nuoro l'attuale disponibilità di n. 50 p.l. nella struttura pubblica è da ritenersi adeguata allo standard (41 p.l.).

Nella Provincia di Oristano nella struttura pubblica non è presente il servizio di neurologia e pertanto si rende necessario istituire una divisione con 25 p.l.

Nella Provincia di Cagliari si registra una carenza di 50 p.l. rispetto allo standard previsto che è di 110 p.l. tale carenza verrà colmata con la istituzione della divisione di Neurologia presso l'Ospedale di S. Michele con una dotazione di n. 50 p.l. Con l'attivazione di detta divisione potrà determinarsi la eventualità della revisione delle convenzioni con le Case di Cura Private per n. 135 posti letto.

Con la prevista attivazione dei servizi territoriali per la salute mentale, ed il loro eventuale collegamento con l'attività ambulatoriale di quelli di neurologia, sarà possibile, per i periodo di validità del piano, acquisire elementi di valutazione in ordine all'assetto definitivo da conferire ai servizi di ricovero e cura nella disciplina di che trattasi.

Tuttavia, nel presente Piano Sanitario Regionale non si puo non sottolineare che attualmente i reparti neurologici della Regione presentano gravi carenze diagnostiche per la indisponibilità di apparecchiature. Questa situazione richiede provvedimenti adeguati in un contesto programmatorio organico.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI NEUROLOGIA.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1 Ospedale Sassari Clinica Neurologica 41 p.l.

U.S.L. n. 5 Ospedale Ozieri Divisione Neurologica 30 p.l.

Totale Prov. Strutture Pubblche 71 p.l.

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7 Ospedale S. Francesco Divisione Neurologica 50 p.l.

Totale Prov. Strutture Pubbliche 50 p.l.

— *Provincia di Oristano:*

U.S.L. n. 13 Ospedale di Oristano Divisione Neurologica 25 p.l.

Totale Prov. Strutture Pubbliche 25 p.l.

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n 20 Ospedale S. Giovanni di Dio Clinica Malattie Nerv. e Mentali 60 p.l.

U.S.L. n. 21 Ospedale S. Michele Divisione Neurologica 50 p.l.

Totale Prov. Strutture Pubbliche 110 p.l.

ANATOMIA PATOLOGICA

La situazione del Servizio nella Provincia di Cagliari è largamente soddisfacente specie per quanto riguarda il Capoluogo. Risultano infatti istituiti, funzionanti od in via di attivazione, autonomi servizi presso l'Ospedale S. Giovanni di Dio, l'Ospedale SS. Trinità, l'Ospedale S. Michele e l'Ospedale Businco. I servizi di cui sopra sono in grado di soddisfare, con apposite convenzioni, la necessaria consulenza a tutti gli Ospedali della Provincia.

I presidi esistenti, presso l'Ospedale S. Francesco di Nuoro e presso la Università di Sassari, se adeguatamente potenziati, possono soddisfare rispettivamente le esigenze delle Provincie di Nuoro e di Sassari.

Per la Provincia di Oristano si rende necessario procedere all'istituzione di un adeguato presidio che potrebbe, stante la localizzazione e la possibilità di adeguati rapidi collegamenti logistici, servire con idonee convenzioni, anche gli Ospedali di Ghilarza e Bosa. Per Particolari esigenze connesse con il rapido accertamento diagnostico, soprattutto in campo chirurgico, si reputa opportuno attivare servizi di diagnostica istopatologica negli Ospedali di Carbonia, Iglesias, Alghero, Olbia Ozieri e Lanusei e presso eventuali altre strutture emergenti.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI ANATOMIA PATOLOGICA.

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n 1 Sassari - Università

— *Provincia di Nuoro*

U.S.L. n. 7 Ospedale S. Francesco di Nuoro:
(I Servizi di Anatomia Patologica di Sassari e Nuoro costituiscono un unico servivizio funzionalmente strutturato in 2 ospedali).

— *Provincia di Oristano*

U.S.L. n. 13 Ospedale di Oristano

— *Provincia di Çagliari:*

U.S.L. n. 20 Ospedale S. Giovanni di Dio - Università
U.S.L. n. 21 Ospedale SS. Trinità
Ospedale S. Michele
Ospedale Businco

Servizi di Diagnostica Istopatologica:

— U.S.L. n. 2 - Ospedale Civile di Alghero;
— U.S.L. n. 4 - Ospedale di Olbia;
— U.S.L. n. 5 - Ospedale di Ozieri
— U.S.L. n. 9 - Ospedale di Lanusei;
— U.S.L. n. 16 - Ospedale S. Barbara di Iglesias;
— U.S.L. n. 17 - Ospedale di Carbonia.

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

E' stato calcolato un indice di Piano pari a 0,02‰.

Nella Provincia di Sassari l'Università ha già attivato una divisione di Chirurgia Maxillo-Facciale presso la Clinica Odontoiatrica per 20 p.l. che dovrebbe soddisfare la domanda di prestazione per le Provincie di Sassari e di Nuoro, che complessivamente hanno un indice di piano di 14 p.l.

Per la Provincia di Cagliari, e per garantire le richieste della Provincia di Oristano, si rende necessario riconvertire l'attuale divisione di odontostomatologia operante presso l'Ospedale SS. Trinità di Cagliari in una divisione di chirurgia maxillo-facciale dotata di n. 30 p.l. superiore rispetto allo standard di Piano che è di 18 posti letto.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE.

— *Provincie di Sassari e Nuoro:*

U.S.L. n. 1 Sassari - Università 20 p.l.

Totale Prov. Strutture Pubbliche 20. p.l.

— *Provincie di Cagliari e Oristano:*

U.S.L. n. 21 Ospedale SS. Trinità di Cagliari:
Divis. Chirurgia Maxillo-Facciale 30 p.l.

Totale Prov. Strutture Pubbliche 30 p.l.

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA
CENTRO USTIONATI

E' stato calcolato un indice di Piano pari allo 0,03‰.

Nella Provincia di Sassari è prevista una Sezione di Chirurgia Plastica e Centro Ustionati dotata di 15 p.l. nell'ambito dei posti letto disponibili presso le Cliniche Chirurgiche Universitarie, che deve garantire la domanda di ricovero per la Provincia di Nuoro.

Nella Provincia di Cagliari è prevista una Divisione di Chirurgia Plastica (centro ustionati) presso l'Ospedale S. Michele di Cagliari, dotata di 25 p.l., che deve garantire la domanda di ricovero anche per la Provincia di Oristano.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA - CENTRO USTIONATI.

— *Province di Sassari e Nuoro:*

U.S.L. n. 1 Sassari - Università
Nell'ambito dei Posti letto disponibili presso le Cliniche Chirurgiche 15

Totale Prov. Strutture Pubbliche 15(*)

— *Province di Cagliari e Oristano:*

U.S.L. n. 21 Ospedale S. Michele
Divisione ustionati e chirurgia plastica 25

Totale Prov. Strutture Pubbliche 25

CHIRURGIA TORACICA

E' stato calcolato un indice di Piano pari allo 0,03‰.

Nella Provincia di Sassari verrà attivata una sezione di n. 15 p.l., nell'ambito della ricettività delle Cliniche Chirurgighe dell'Uuniversità di Sassari che dovrà soddisfare la domanda di ricovero anche per la provincia di Nuoro.

Nella Provincia di Cagliari opera una Divisione dotata di n. 30 p.l. che è l'unica attualmente esistente pres-

(*) da non considerare ai fini del conteggio globale dei posti letto.

so l'Ospedale Binaghi e che dovrà soddisfare la domanda di ricovero anche per la Provincia di Oristano.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI CHIRURGIA TORACICA.

— *Province di Sassari e Nuoro:*

U.S.L. n. 1	Sassari - Università Sezione Chirurgia Toracica nell'ambito della ricettività delle Cliniche Chirurgiche	15
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	15(*)

— *Province di Cagliari e Oristano:*

U.S.L. n. 20	Ospedale Binaghi Divisione Chirurgia Toracica	30
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	30

DERMATOLOGIA

Per la Dermatologia è stato calcolato un indice di Piano di 0,10‰.

Nella Provincia di Sassari la Clinica Universitaria risulta dotata di n. 30 p.l. e presso l'Ospedale di Sassari risultano 55 p.l. per un totale di 85 p.l., superiore allo standard previsto in 44 p.l.

Considerata l'eccedenza di posti letto si rende necessario un ridimensionamento della Divisione a 30 p.l., anche per il basso tasso di occupazione della struttura pubblica che nel triennio 1980-1982 è di poco superiore al 50%.

Tale struttura dovrà esplicare l'attività di competenza attraverso il ricovero ed i servizi di Day-Hospital e ambulatoriali.

Nella Provincia di Nuoro, la Divisione operante presso l'Ospedale S. Francesco è dotata di 53 p.l., superiore quindi allo standard previsto in 27 p.l. e pertanto dovrà essere ridotta a 40 p.l., compensandola con lo sviluppo dell'attività a livello di Day-Hospital ed ambulatoriale.

Nella Provincia di Oristano la struttura pubblica è priva di posti letto, per cui si rende necessario attivare una sezione di 15 p.l., presso l'Ospedale di Oristano, che si avvicina all'indice di piano che è di 16 p.l.

Nella Provincia di Cagliari l'attuale dotazione di 50 p.l. (40 presso il S. Giovanni di Dio e 10 presso l'Ospedale SS. Trinità) è inferiore allo standard provinciale previsto in 73 p.l.

La Divisione istituita presso l'Ospedale SS. Trinità, cui è stata affidata anche l'assistenza a favore degli hanseniani, non risulta ancora pienamente attivata ed avrà una dotazione di 30 p.l. di cui 10 p.l. per hanseniani.

Si impone che le suddette strutture attivino anche servizi di Day-Hospital e ambulatoriali.

Inoltre, nell'ambito delle previste disponibilità di posti letto, dovranno essere attivati, almeno nei capoluoghi di Provincia, i dispensari dermo celtici.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI DERMATOLOGIA

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1	Ospedale Sassari	
	Divisione Dermatologica	30
	Clinica Dermatologica	30
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	60

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7	Ospedale Nuoro Divisione Dermatologica (con servizio di allergologia dermatologica e professionale)	40
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	40

— *Provincia di Oristano:*

U.S.L. n. 13	Ospedale Oristano Sezione Dermatologica	15
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	15

— *Provincia di Cagliari:*

U.S.L. n. 20	Ospedale S. Giovanni di Dio Clinica Dermatologica	40
U.S.L. n. 21	Ospedale SS. Trinità Divisione Dermatologica e Hanseniani	30
	Totale Prov. Strutture Pubbliche	70

NEFROLOGIA E DIALISI

Al fine di modificare le linee di tendenza sino ad ora seguite in Sardegna, che vedevano la Dialisi privilegiata

(*) da non considerare ai fini del conteggio globale dei posti letto.

rispetto alla Nefrologia, disciplina che comporta una efficace prevenzione e diagnosi precoce delle malattie nerali, il presente piano intende innazitutto ristabilire un corretto rapporto di collegamento tra Nefrologia e Dialisi, secondo i moderni criteri di programmazione sanitaria.

Infatti, la disciplina di Nefrologia ha oggi acquistato una sua autonomia rispetto alla Medicina Generale e, facendo efficace opera di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, si occupa necessariamente di curare anche l'insufficienza renale acuta e di prevenire o allontanare nel tempo l'insufficienza renale cronica e, quando questa malauguratamente dovesse sopraggiungere, di trattarla con una terapia dialitica.

Pertanto si ritiene doveroso osservare che

L'indice di piano di 0,02 posti letto-1000, che prevede perciò 33 posti di Nefrologia, è inadeguato alle richieste, soprattutto in considerazione della necessita di effettuare con questi presidi una efficace prevenzione dell'insufficienza renale. Inoltre, anche l'indice di piano dell'Emodialisi (0,08 posti letto-1000 con 122 posti letto), è inadeguato alle reali necessità, soprattutto in considerazione del fatto che gli ingressi per anno in dialisi si mantengono ancora su 60 pazienti per milioni di abitanti e che la mortalità in dialisi è in diminuzione.

Da tali elementi scaturiscono le seguenti linee di piano.

1) *Divisioni e Sezioni di Nefrologia* e Dialisi

A Cagliari esiste una divisione di 30 p.l., ma occorre istituirne una a Sassari (con 20 posti letto) ed una a Nuoro (con 20 p.l.).

Alle Divisioni spetta un compito di effettuare la prevenzione, la diagnostica precoce e specifica, nonché la terapia delle nefropatie mediche. Esse devono costituire un Centro di Riferimento e di Supporto Nefro-Dialitico altamente qualificato, e nei Centri Dialisi ad esse annessi devono trovar posto gli uremici acuti, gli uremici cronici ad alto rischio, gli uremici cronici in addestramento per la Dialisi Extraospedaliera (emodialisi e dialisi peritoneale), la confezione degli accessi vascolari e peritoneali per il trattamento dialitico, un Ambulatorio ed un Laboratorio di Nefrologia. Alle Divisioni, infine, faranno capo uno o più Centri Dialisi ad Assistenza Limitata della città o della Provincia rispettive. L'attribuzione di tali competenze e l'articolazione dei Presidi nefro-dialitici secondo lo schema in argomento non comporta un aumento dei posti-rene ospedalieri nei Centri Dialisi annessi alle Divisioni di cui sopra, sia per quella esistente che per quelle da istituire, pena il perpetuarsi del fenomeno del pendolarismo degli emodializzati, cui si continuerebbe ad offrire il trattamento terapeutico lontano dalle singole sedi di residenza, con notevole incremento dei relativi rimborsi-spesa. Piuttosto è opportuno, nell'ambito delle singole Divisioni, identificare, anche con una propria autonomia logistica, opportune Sezioni per Dialisi Peritoneale, in considerazione del prevedibile ulteriore sviluppo della CAPD.

2) *Servizi di Nefrologia e Dialisi:*

Oltre a quello già previsto per Cagliari (annesso alla Divisione Urologia Clinica Urologica convenzionata dell'Ospedale SS. Trinità e comprendente un Centro Dialisi Acuti, un Centro Dialisi Contumaciale, un Centro Trapianti, un Ambulatorio ed un Laboratorio di Nefrologia), ne deve essere istituito uno ad Oristano (con 10 posti, più gli attuali posti-rene), uno a Carbonia (con 10 posti, più gli attuali posti-rene), uno a Tempio (con 8 posti, più gli attuali posti-rene), uno a San Gavino (con 8 posti, più gli attuali posti-rene) ed uno nell'ambito dell'Istituto di Patologia Medica dell'Università di Sassari (10 posti letto di degenza nefrologica, ambulatori e day-hospital). L'attribuzione di un minimo di posti letto non comporta scompensi di sorta, se si tiene conto del fatto che i Servizi in argomento di fatto operano logisticamente nell'ambito dell'area funzionale di Medicina o di Chirurgia, e sono comunque indispensabili per far assumere ai Servizi stessi la configurazione di Centri di Riferimento intermedi per la patologia nefro-dialitica, con compiti quindi analoghi a quelli delle Divisioni, sia pure con un minore bacino di utenza, ma pur sempre in grado di offrire in loco ai nefropatici una alternativa qualificata al ricorso, altrimenti obbligatorio, alla Divisione.

A questi presidi Nefro-dialitici sopra citati, si aggiungono i Centri Dialisi ospedalieri (strutturati al minimo di posti letto ma in dimensione economicamente valida) già stabiliti ed, in parte, già funzionanti e che sono: Iglesias (8), Muravera (4), Ghilarza (4), Lanusei (7), Isili (4), Bosa (4), Ozieri (4), Olbia (4), La Maddalena (4).

Ai Servizi possono far capo Centri Dialisi ad Assistenza Limitata, ulteriore giustificazione, unitamente al possibile sviluppo della Dialisi Peritoneale Ambulatoriale, per l'attribuzione dei sopra citati posti-letto.

I posti-dialisi ospedalieri vanno riservati esclusivamente ai pazienti che presentino le seguenti caratteristiche:

— nuovi ingressi in trattamento dialitico;

— pazienti ad alto rischio;

— pazienti in trattamento dialitico extraospedaliero e che presentino complicanze dialitiche o malattie intercorrenti che ne richiedano il ricovero ospedaliero monmentaneo.

3) *I Centri Dialisi per il Trattamento dell'insufficienza renale acuta* devono avere sede esclusivamente nelle Divisioni e nei Servizi, in strutture logisticamente ben definite ed opportunamente dimensionate nel loro ambito

Non è pensabile che un simile problema si possa risolvere semplicemente «riservando un certo numero di reni». Per dare un taglio netto all'improvvisazione ed al volontarismo, occorre predisporre una vera e propria struttura per le emergenze renali, che deve poter disporzo di posti-rene monitorizzati e deve poter funzionare in stretto collegamento con la Rianimazione ed eventualmente con la Chirurgia, con la Radiologia etc., quale Centro di Terapia Intensiva.

E' evidente che una così delicata e complessa attività può aver luogo solo nei Centri principali, che sono gli unici a poter disporre della necessaria esperienza specifica e degli indispensabili apporti di altre discipline specialistiche senza i quali non si può affrontare l'insufficienza renale acuta, che richiede spesso un impegno continuo, e comunque diverso da quello necessario per l'uremia cronica. I posti rene possono essere così suddivisi:

— Cagliari San Michele):
5 per emodialisi e 4 per peritoneale;

— Cagliari (SS. Trinità):
5 (3+2) per emodialisi e 2 per peritoneale;

— Sassari (Div. Osp.):
4 per emodialisi e 2 per peritoneale.

— Sassari (Pantologia Medica dell'Università: Servizio di Nefrologia):
2 per emodialisi e 2 per peritoneale

— Sassari (Rianimazione della Università):
2 per emodialisi

— Nuoro:
4 per emodialisi e 2 per peritoneale

— Oristano:
2 per emodialisi e 2 per peritoneale

— Carbonia:
2 per emodialisi e 2 per peritoneale

— Iglesias:
2 per emodialisi e 1 per peritoneale

— Tempio:
1 per emodialisi e 1 per peritoneale

— Alghero:
1 per emodialisi e 1 per peritoneale

— San Gavino:
1 per emodialisi e 1 per peritoneale

— Olbia:
1 per emodialisi e 1 per peritoneale.

4) *Terapia dialitica per uremici cronici (Dialisi Ospedaliera)*

L'assistenza dialitica agli uremici cronici si è andata sviluppando nella nostra Isola, dal 1972 ad oggi, secondo quanto indicato nella seguente tabella:

SITUAZIONE SERVIZI DIALISI IN SARDEGNA AL 31 DICEMBRE 1972/82

Anno	Centri Dialisi	Posti Dial. Osped. (1)	Paz. Emod. DSA (1)	Paz. Emod. D (2)	CAPD (3)	% EDD+CAPD	Dial. Ass. Limit. Paz. e % (4)	Ind. Utiliz. Posti Emod. Osp. (4)
1972	3	15	24	—	—	—	—	1,60
1973	4	21	35	1	—	2,8	—	1,60
1974	3	21	51	2	—	3,9	—	2,42
1975	6	36	81	2	—	2,5	—	2,25
1976	6	40	104	2	—	1,9	—	2,60
1977	7	57	160	3	—	1,9	—	2,80
1978	8	65	191	5	—	2,6	—	2,93
1979	8	76	236	8	13	8,9	—	3,10
1980	10	89	273	9	9	6,6	—	3,06
1981	11	106	357	14	20	9,5	—	3,36
1982	14	130	360	20	39	14,0	3 (0,71)	2,76

1) Posti dialisi ospedalieri: indice di utilizzazione ottimale = 4 (4 pazienti per ogni posto dialisi).

2) Pazienti emodialisi domiciliare (EDD): unica utilizzazione possibile.

3) CAPD - Dialisi peritoneale cronica a domicilio: non comporta rene artificiale, però facili complicanze e rientro in Ospedale.

4) Dialisi ad assistenza limitata: indice di utilizzazione ottimale = 4 (4 pazienti per o più posto dialisi).

Dai dati riportati emergono le seguenti considerazioni:

a) l'assistenza dialitica che è iniziata come terapia solo emodialitica nell'ambito Ospedaliero, si è diversificata negli anni, ed oggi, a fianco all'emodialisi ospedaliera, esistono l'emodialisi domiciliare nei centri ad assistenza limitata e la dialisi peritoneale continua a domicilio;

b) i centri dialisi sono passati dai tre del 1972 ai 14 attuali;

c) l'indice di utilizzazione dei posti-rene per l'emodialisi è di 2,76 (contro l'indice ottimale di 4: ogni rene viene cioè utilizzato per 4 pazienti).

Pertanto la situazione dell'assistenza dialitica agli uremici cronici in Sardegna al 31.12.1982 è quella riportata nella tabella seguente:

SITUAZIONE ASSISTENZA UREMICI CRONICI IN SARDEGNA AL 31/12/1982

Centri Dialisi	Posti Dialisi	Paz. Emod. Osp.	Paz. E.D.D.	Paz. CAPD	A.L.
CA-S. Michele adulti	22	60	18	25	—
CA-SS. Trinità pediatria	6	7	—	2	—
CA-SS. Trinità contumaciale	6	22	—	—	—
Carbonia	11	30	—	—	—
Iglesias	5	18	—	—	—
San Gavino	5	8	—	—	—
Nuoro	9	34	—	1	—
Oristano Osp.	7	14	—	—	—
Oristano Privato	20	74	—	—	—
Sassari	15	47	2	5	—
Macomer A.L.	3	—	—	—	3
Alghero	6	12	—	—	—
La Maddalena	7	14	—	—	—
Tempio	8	20	—	5	—
Totale	131	360	20	39	3

TOTALE UREMICI CRONICI IN TRATTAMENTO N. 422

Per il futuro l'assitenza emodialitica per gli uremici cronici nell'ambito ospedaliero, si sviluppa secondo le seguenti linee:

a) migliore utilizzazione dei 130 posti-rene attualmente in funzione cercando di raggiungere l'indice di 4 pazienti assistiti per ogni posto-dialisi, allo scopo di assistere altri 160 pazienti;

b) attivazione e/o potenziamento entro brevi tempi dei centri dialisi ospedalieri già autorizzati e da autorizzare dall'Assessorato e di quelli indicati dal presente piano e che sono:
Olbia n. 5 posti dialisi;
Ozieri n. 6 posti dialisi;
Nuoro n. 4 posti dialisi;
Oristano n. 2 posti dialisi;
Carbonia n. 10 posti dialisi;
Muravera n. 3 posti dialisi.
Questa attivazione permetterebbe l'assistenza di altri 120 pazienti;

c) necessità di riservare l'assistenza emodialitica nello ambito ospedaliero ai:
— nuovi ingressi in trattamento dialitico;
— pazienti ad alto rischio;
— pazienti in trattamento dialitico extraospedaliero e che presentino complicanze dialitiche o malattie intercorrenti che ne richiedano il ricovero ospedaliero momentaneo.

d) conseguentemente, necessità di sviluppare l'assistenza dialitica extra-ospedaliera (domiciliare, ad assistenza limitata, peritoneale continua, ecc.) come appresso indicato.

5) *Dialisi extraospedaliera:*

In Sardegna, salvo particolari eccezioni relative all'hinterland di Cagliari, la quota di dializzati per uremia cronica suscettibile di trattamento dialitico domiciliare si può ipotizzare non superiore attualmente al 10% del totale dei pazienti oggi in trattamento dialitico periodico, e ciò per evidenti ragioni socio-economiche, geografiche e culturali, che verosimilmente non subiranno nei prossimi dieci anni variazioni degne di nota. In ragione di ciò, piuttosto che intenderla limitata alla sola dialisi domiciliare, va riconsiderata più attentamente la Legge Regionale a suo tempo approvata per il trattamento dialitico extraospedaliero, che prevede anche la possibilità di Centri Dialisi ad Assistenza Limitata (cioè senza personale medico fisso in turno e con personale paramedico addetto alla sorveglianza di pazienti in autodialisi ed alla manutenzione delle apparecchiature dialitiche, sotto il controllo periodico del medico).

Infatti il 50-60% degli uremici cronici attualmente in trattamento dialitico in Sardegna è o può essere posto in autodialisi, e circa 70 emodialorari su 100 non necessitano di assistenza ospedaliera continuativa.

Se si considera poi il fatto che una dialisi in ambiente ospedaliero costa quasi il doppio di una dialisi extra-ospedaliera (25 milioni per paziente per anno, contro 14-16) e quali sono i tempi di realizzazione di nuovi Centri Ospedalieri, ben si comprende come paia assurdo pensare di poter risolvere il problema della cronica carenza di posti-rene cercando di aumentarne il numero negli Ospedali. Si propone pertanto, in proporzione alla crescita della domanda di nuovi posti-rene, la istituzione di Centri Dialisi ad Assistenza Limitata, o meglio, l'individuazione dei Presidi Nefro-Dialitici di Riferimento (Cagliari, Sassari, Nuoro, Oristano, Carbonia, e poi Alghero, Tempio, Iglesias, La Maddalena, San Gavino e Lanusei, nell'ordine), cui annettere (nel prossimo triennio e con decorrenza immediata) posti rene extraospedalieri (in dialisi domiciliare o ad assistenza limitata), universalmente riconosciuti più validi anche per la riabilitazione ed il reinserimento dell'uremico cronico nella società e nella famiglia.

I Centri ad Assistenza Limitata possono trovare sede o in locali già di proprietà delle USL o semplicemente in appartamenti all'uopo acquisiti e adattati: la maggiore spesa iniziale viene rapidamente ammortizzata dal risparmio per singola dialisi.

E' evidente che questa tendenza alla dialisi extraospedaliera deve essere sviluppata se si vuole evitare un sovraccarico dei reparti dialitici ospedalieri e l'aumento vertiginoso della spesa.

6) *Ambulatori di Nefrologia:*

Ovviamente ogni Divisione e Servizio di Nefrologia e Dialisi devono essere posti in condizioni di svolgere anche una attività ambulatoriale specialistica, per la prevenzione, la diagnostica precoce ed il controllo periodico delle nefropatie mediche, in accordo coi Laboratori ed i Servizi Specialistici delle USL.

7) *Centro per il Trapianto di Rene:*

Ragioni di opportunità sia logistica che tecnico-finanziaria suggeriscono l'istituzione di un solo Centro Trapianti Renali per il quale il presente piano prevede una ubicazione presso l'Ospedale SS. Trinità di Cagliari, Divisione Urologia - Clinica Urologica dell'Università, già dotata di strutture, apparecchiature ed organico appropriato.

In attesa dell'attivazione del Centro Regionale per il Trapianto renale, che dovrà realizzarsi con la massima celerità, si rende necessario porre in tempi brevi le condizioni per la creazione negli ospedali della Sardegna dell'attività d'espianto renale per consentire il convenzionamento con le strutture operanti nella Penisola.

8) *Nefrologia e Dialisi Pediatrica:*

Accanto al già funzionante Servizio di Nefrologia e Dialisi Pediatrica a Cagliari presso la divisione Pediatrica dell'Ospedale «S. Michele» (con 10 posti-letto e 6 reni artificiali, più 1 apparecchio per la dialisi peritoneale) occorre costituirne uno a Sassari (con 8 posti-letto e 4 reni artificiali, più 1 apparecchio per la dialisi peritoneale), con relativo ambulatorio di Nefrologia Pediatrica nell'ambito della Clinica Pediatrica dell'Università di Sassari.

Posti-letto e spazi per la sistemazione potranno agevolmente essere reperiti nell'ambito della revisione e riqualificazione dei posti-letto di Pediatria, il cui fabbisogno è in costante diminuzione, in relazione al decretamento demografico.

9) *Dialisi Contumaciale:*

Per affrontare correttamente il grave problema dell'isolamento contumaciale della Epatite da Virus B nei Centri Dialisi (che riguarda sia i pazienti che il personale sanitario e tecnico), in tutte le Divisioni e nei Servizi di Nefrologia e Dialisi dovranno essere individuate, secondo le previste norme di igiene, le strutture logistiche appositamente separate per i pazienti da trattare in isolamento, prediligendo al massimo, laddove possibile, l'autodialisi e la dialisi domiciliare o ad assistenza limitata.

Il Centro Dialisi Contumaciale dell'Ospedale SS. Trinità di Cagliari (con n. 12 posti rene) è parte integrante del servizio di Nefrologia della Divisione operante presso l'Ospedale S. Michele, presso il quale, per evidenti ragioni logistiche e di opportunità, dovrà essere trasferito senza pregiudicare i livelli di assistenza.

Questi obiettivi del piano, se raggiunti, soddisferanno le crescenti richieste di assistenza nefrologica e dialettica, sanando così la piaga del pendolarismo interno alla nostra Isola ed esterno verso il continente e le nazioni estere.

GERIATRIA

Affrontando il problema delle malattie degli anziani, il presente Piano identifica le linee di intervento secondo i seguenti punti:

— l'anziano che si ammala afferisce alla struttura specialistica competente per patologia specifica;

— superata la fase acuta che ne ha richiesto il ricovero il paziente che ha ancora bisogno di cure deve poter fare riferimento ad una struttura sanitaria funzionalmente polivalente a prevalente caratterizzazione riabilitativa, organizzata come segue:

a) servizi di ambulatorio o di day-hospital con possibilità di estendere la loro attività attraverso il raccordo con i servizi domiciliari delle UU.SS.LL.;

b) sezioni di ricovero per interventi terapeutici di minore impegno e di breve durata;

c) servizi per ricovero protratti di pazienti anche non anziani, (in particolare modo affetti da neoplasie), che richiedono terapie prolungate nel tempo e che non possano essere attuate al di fuori di strutture di degenza (tali posti letto sono stati inseriti nella branca relativa all'oncologia).

Poiché i criteri indicati allargano e qualificano le funzioni delle strutture esistenti si rende necessario:

a) istituire una struttura ad Oristano, nella sede ristrutturata del vecchio Ospedale S. Martino, della capienza di 30 p.l.;

b) aumentare la dotazione di posti letto delle strutture esistenti in maniera da disporre:
   — di 120 p.l. nella Provincia di Sassari;
   — di 140 p.l. nella Provincia di Nuoro trasformando la struttura dell'Ospedale Zonchello (+30) ed istituendo una divisione di 30 p.l. a Lanusei;
   — di altri 140 p.l. nella Provincia di Cagliari ai quali vanno aggiunti i 50 p.l. ad Oristano ed i 65 p.l. a Cagliari convenzionati con le Case di Cura private;

c) finalizzare eventualmente verso questa attività le strutture indicate in questo Piano per la riconversione.

Pertanto lo standard regionale per la disciplina è stato qualificato in 0,30‰.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI GERIATRIA

— *Provincia di Sassari:*

U.S.L. n. 1 - Ospedale Sassari	p.l.	60
U.S.L. n. 2 - Ospedale Ittiri	p.l.	40*
Ospedale Thiesi	p.l.	10*
U.S.L. n. 3 - Ospedale Tempio	p.l.	40
Totale Provinciale Strutture pubbliche	p.l.	100

— *Provincia di Nuoro:*

U.S.L. n. 7 - Ospedale Zonchello	p.l.	30
- Divisione geriatria e lungodeg.		
- Ospedale S. Francesco Divisione geriatria	p.l.	60
U.S.L. n. 9 - Ospedale Lanusei	p.l.	30
U.S.L. n. 10 - Ospedale Sorgono	p.l.	10*
U.S.L. n. 11 - Ospedale Isili	p.l.	10*
Totale Provinciale Strutture pubbliche	p.l.	120

— *Provincia di Oristano*

U.S.L. n. 13 - Vecchio Ospedale S. Martino	p.l.	30
Totale Prov. Strutture Pubbliche	p.l.	30

— *Provincia di Cagliari*

U.S.L. n. 16 - Ospedale Crobu	p.l.	45
U.S.L. n. 18 - Ospedale Muravera	p.l.	15
U.S.L. n. 21 - Ospedale SS. Trinità	p.l.	80
Totale Prov. Strutture Pubbliche	p.l.	140

DIABETOLOGIA

In considerazione della necessità di incrementare la prevenzione in questo particolare settore si rende necessario estendere il servizio di diabetologia senza p.l., in tutto il territorio regionale. Si propone pertanto il potenziamento dei Centri operanti negli Ospedali dei capoluoghi di provincia e l'istituzione e il potenziamento dei servizi negli ospedali della Sardegna secondo il seguente prospetto:

— *Centri di diabetologia*

U.S.L. n. 1 - Ospedale di Sassari
U.S.L. n. 7 - Ospedale S. Francesco - Nuoro
U.S.L. n. 13 - Ospedale S. Martino - Oristano
U.S.L. n. 21 - Ospedale S. Michele - Cagliari
U.S.L. n. 21 - Ospedale S. Michele - Cagliari
Centro di diabetologia pediatrica

— *Servizi di diabetologia*

Provincia di Sassari

U.S.L. n. 2 - Ospedale Civile - Alghero
U.S.L. n. 3 - Ospedale Tempio
U.S.L. n. 4 - Ospedale La Maddalena

* da non considerare ai fini del conteggio globale dei posti letto.

U.S.L. n. 4 - Ospedale Olbia
U.S.L. n. 5 - Ospedale Ozieri

Provincia di Nuoro

U.S.L. n. 9 - Ospedale Lanusei
U.S.L. n. 10 - Ospedale Sorgono
U.S.L. n. 11 - Ospedale Isili

Provincia di Cagliari

U.S.L. n. 15 - Ospedale San Gavino
U.S.L. n. 16 - Ospedale S. Barbara Iglesias
U.S.L. n. 17 - Ospedale Sirai Carbonia
U.S.L. n. 18 - Ospedale S. Marcellino Muravera

SERVIZI IMMUNOSTRAFUSIONALI

1. PREMESSA

La pianificazione della organizzazione dei servizi immunotrasfusionali nella Regione Sarda deve rispondere, in presenza di obiettive realtà sociali e sanitarie, a criteri del tutto peculiari, in quanto le esigenze da soddisfare si differenziano notevolmente da quelle proprie della maggioranza delle restanti Regioni Italiane.

In realtà esse sono costituite dalla presenza massiva, con incidenza statisticamente fra le più alte del mondo, di emopatie croniche endogene, fra cui ha prevalente incidenza la talassemia, conseguenti alla diffusione fra la popolazione, in rilevanti percentuali, del tratto microcitemico, e di una rilevante popolazione (circa il 18%) di carenti G 6 PD, nonché una notevole casistica di malattie molitiche neonatali, più incompatibilità Rh.

La specificità delle esigenze postula pertanto un approccio al problema in un'ottica diversa e più vasta di quello con cui è stato affrontato dalle altre regioni, e, perciò, si è optato per mirare l'indagine alla intera problematica dei servizi immunotrasfusionali nei vari compiti che possono essere chiamati ad assumere nel contesto del sistema sanitario integrato, e non già limitatatamente all'organizzazione della raccolta, della distribuzione e utilizzazione del sangue umano, come impostato dalle altre regioni italiane, che pure ne costituisce un momento di rilevante essenzialità.

2. IL QUADRO LEGISLATIVO

La normativa di riferimento finora esistente e che disciplina i servizi immunotrasfusionali è essenzialmente quella statale, non avendo la Regione Sarda adottato provvedimenti legislativi in materia.

Si richiamano pertanto essenzialmente la legge 14.4.1967, n. 592 ed il regolamento adottato con D.P.R. 24 agosto 1971, n. 1256, per quanto attiene almeno l'attività di raccolta e utilizzo del sangue umano.

In previsione, tuttavia, dell'adozione del Piano Sanitario Regionale, è stato costituito un gruppo di lavoro di esperti (Gruppo 12) che ha elaborato alcune linee direttive per la attivazione, in termini qualitativi e quantitativi dei vari servizi immunotrasfusionali, che sono in larga parte accolti nel presente piano ed a cui, comunque, ha fatto costante riferimento l'attività amministrativa svolta in materia dalla Regione Sarda.

L'entrata in vigore della legge 23.12.1978, n. 833, pone l'esigenza di porre a fuoco tutti i compiti istituzionali dei servizi immunotrasfusionali, non solo per l'aspetto relativo alla raccolta, distribuzione e utilizzo del sangue umano, ma anche per le altre funzioni che potranno essergli assegnate col nuovo assetto organizzativo e istituzionale nella specificità del problema sardo.

E' chiaro, comunque, che tale assetto non potrà essere realizzato che all'interno dei criteri e delle strutture previste dalla vigente legislazione e con gli strumenti ivi indicati.

In tale ambito, nel corso della durata del piano, la struttura organizzativa dei servizi immunotrasfusionali potrà essere modificata in relazione alla verifica, in termini sia qualitativi che quantitativi, delle reali esigenze e dei risultati cui man mano si perverrà. Tali verifiche dovranno essere effettuate alla fine di ciascun anno del triennio, in modo da poter procedere, nell'anno successivo, agli adeguamenti occorrenti per ottenere la massima rispondenza fra costi e benefici.

A tali obiettivi sarà più agevole pervenire con la partecipazione attiva e la collocazione delle associazioni dei donatori cui la legge 833, all'art. 45, assegna e riconosce, come associazioni di volontariato, la funzione di «concorrere al conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale».

3. GLI OBIETTIVI E GLI STRUMENTI

Costituiscono obiettivi da perseguire nel periodo di validità del Piano:

a) l'attività preventiva del M.E.N. e delle emopatie croniche endogene;

b) l'incremento della donazione del sangue;

c) l'utilizzazione razionale del sangue umano;

d) l'adeguamento tecnico organizzativo dei servizi immunotrasfusionali;

e) il potenziamento della attività didattico-scientifiche nel campo della immunoematologia e della metodologia trasfusionale;

f) il controllo statistico ed economico dell'attività trasfusionale.

3.1. *Gli strumenti per il perseguimento dell'obiettivo di cui alla precedente lettera a) sono:*

— interventi di educazione sanitaria generica, da svolgersi nelle scuole, nelle comunità ed attraverso l'uso dei mass-media;

— interventi di educazione sanitaria mirati, rivolti alle ultime classi dei corpi scolastici, nonché effettuati nei consultori ed anche a livello di fabbrica, con l'ausilio di materiale didattico e propagandistico;

— visite ed esami prematrimoniali a livello di consultorio e di reparti e ambulatori ostetrici pubblici, per l'identificazione dei portatori di incompatibilità gruppo ematiche e di tare ematologiche;

— visite prenatali, da effettuarsi in reparti, ambulatori e consultori;

— potenziamento delle strutture pubbliche per rendere effettiva la libertà di scelta per l'interruzione volontaria della gravidanza e consolidare il diritto alla procreazione responsabile.

Tali obiettivi potranno essere raggiunti, con un'azione coordinata a livello di Unità Sanitaria Locale, fra tutti i presidi che costituiscono la stessa, oltre ai centri trasfusionali.

3.2. *Gli strumenti per il perseguimento dell'obiettivo di cui alla precedente lettera b) sono:*

— l'incremento dei donatori attraverso la promozione da parte della Regione e delle singole Unità Sanitarie Locali, in collaborazione con le associazioni di volontariato, di una sistematica propaganda di incentivazione della donazione, attraverso tutti gli idonei mezzi di informazione;

— l'unificazione, in collaborazione fra Regione, le Unità Sanitarie Locali e le Associazioni dei donatori, dei criteri di idoneità del donatore e di verifica delle condizioni generali di salute;

— il riconoscimento e la corresponsione alle Associazioni di donatori di un compenso per ogni flacone di sangue donato, da destinare a scopi di propaganda secondo piani concordati con le Unità Sanitarie Locali e la Regione.

Detto compenso, unico per tutta la Regione, dovrà essere determinato, nel suo ammontare, all'inizio di ogni anno con deliberazione della Giunta Regionale su proposta dell'Assessore Regionale all'Igiene e Sanità, sentite le associazioni di volontariato e le Unità Sanitarie Locali interessate;

— l'importazione temporanea del sangue dalle altre Regioni, specie dal Nord Italia, preferibilmente mediante scambio con pari unità di plasma, della cui produzione la Regione Sarda è praticamente eccedentaria. Il coordinamento degli scambi dovrà avveninire attraverso i centri di riferimento.

— il riconoscimento alle Associazioni dei donatori del compito di organizzare in accordo con i servizi trasfusionali, la «chiamata» dei donatori ed il rimborso agli stessi delle eventuali spese di viaggio documentate.

3.3. *Gli strumenti per il perseguimento dell'obiettivo di cui al precedente punto c) sono:*

— l'effettuazione della tipizzazione dei donatori in via ordinaria per i sistemi A B O, Rh, Kell e per tutti gli altri antigeni di importanza trasfusionale;

— un'organizzazione mirata della raccolta, in modo da consentire l'individuazione tempestiva e selettiva dei donatori;

— utilizzo di contenitori che consentano la preparazione di emocoponenti in sistema chiuso;

— l'attuazione della plasmaferesi esclusivamente in relazione a specifiche necessità, in carenza di altra disponibilità di plasma;

— la dotazione a tutti i livelli del servizio di una strumentazione atta a consentire l'impiego degli emocomponenti e la conservazione di quelli ad utilizzazione differita;

— l'organizzazione di efficienti servizi di collegamento per il trasferimento delle unità raccolte e per la distribuzione di quelle assegnate;

— l'aggiornamento permanente del personale sanitario;

— l'introduzione di una sistematica documentazione di carattere clinico-analitico nelle modalità di richiesta di prestazioni trasfusionali.

Gli strumenti per il perseguimento dell'obiettivo di cui al precedente punto d) sono:

— le attivazioni di servizi satelliti, presso grossi presidi ospedalieri ad alta intensità di richiesta, funzionalmente dipendenti, dai centri esistenti;

— la creazione di un'apposita Commissione a livello regionale, presieduta dall'Assessore Regionale all'Igiene e Sanità o da un suo delegato, competente a dare consulenza agli organi sanitari della Regione stessa per ogni aspetto inerente all'attività dei servizi immunotrasfusionali: di detta Commissione faranno parte i direttori dei Centri di Riferimento di cui al presente punto, un medico dell'Amministrazione Regionale designato dallo stesso Assessore Regionale alla Sanità, un rappresentante di ciascuna Associazione di donatori regolarmente costituita in Sardegna con almeno 2.000 iscritti, due rappresentanti della Associazione dei Centri Trasfusionali e due rappresentanti dell'Associazione di emopatici.
Fungerà da Segretario un funzionario dell'Amministrazione Regionale;

— la creazione di due centri di riferimento regionali per il servizio immunotrasfusionale presso la U.S.L. n. 21 di Cagliari e presso la U.S.L. n. 1 di Sassari.
I centri regionali di riferimento devono provvedere anche alla raccolta, sul territorio, preparazione, controllo, conservazione (compreso il congelamento) e assegnazione del sangue umano nonché alla preparazione di emoderivati a pronto impiego; devono inoltre provvedere alle altre funzioni indicate successivamente;

— Il dimensionamento a livello di Centri Trasfusionali dei servizi in atto funzionanti presso gli Ospedali di Iglesias, F.lli Crobu, Carbonia, Oristano, Nuoro, Ozieri, Olbia, Alghero, nonché di quello in corso di istituzione presso l'Ospedale di S. Gavino;

— la creazione o il dimensionamento, a livello di Sezioni itineranti di raccolta, di servizi presso gli Ospedali di Bosa (da collegarsi con Alghero) Muravera e Isili (da collegarsi con Cagliari) Sorgono e Lanusei (da collegarsi con Nuoro), Ittiri e Thiesi (da collegarsi con Sassari), Tempio (da collegarsi con Olbia).

I Centri Regionali di Riferimento.

I Centri Regionali di Riferimento sono istituiti presso le UU.SS.LL. n. 1 e n. 21;

Al Centro di Riferimento di Cagliari fanno capo gli Ospedali delle Provincie di Cagliari e di Oristano, nonché gli Ospedali di Isili e Sorgono.

Al centro di Riferimento di Sassari fanno capo gli Ospedali delle Province di Sassari e di Nuoro ad eccezione di quelli sopraindicati.

I Centri di Riferimento, oltre alle funzioni di cui al punto 3.4., devono provvedere:

a) all'organizzazione della raccolta dai servizi trasfusionali del plasma da inviare a frazionamento e della ridistribuzione delle frazioni plasmatiche ottenute;

b) alla cessione o scambio con altre Regioni degli emocomponenti e frazioni plasmatiche eccedenti le necessità, sulla base di specifiche direttive emanate dalla Giunta Regionale, sentita la Commissione di cui sopra;

c) alla istituzione ed alla gestione di un sistema di rilevazione regionale dei donatori «completamente tipizzati»; al fine di sviluppare l'attività di «adozione»;

d) alla raccolta ed elaborazione statistica dei dati inerenti l'attività trasfusionale regionale, secondo criteri, indirizzi e norme indicati dalla Commissione Regionale di cui sopra;

e) al coordinamento delle iniziative didattiche e di aggiornamento promosse dalle strutture pubbliche e dalle associazioni operanti nel settore;

f) all'attività di raccolta del sangue in centri fissi o mobili negli ambiti territoriali fissati per ciascun centro trasfusionale.

I Centri trasfusionali devono provvedere alle stesse funzioni dei Centri di Riferimento Regionali con esclusione di quelle di cui al presente punto 3.4.

Le dotazioni organiche di personale e quelle di apparecchiature saranno determinate sentito il parere della Commissione Regionale di cui al precedente punto 3.3. tenendo presente che i Centri Trasfusionali dovranno avere una produzione non inferiore a 2.000 flaconi annui, ed in relazione alla attività svolta nel campo della terapia delle emopatie endogene.

Le Sezioni Trasfusionali itineranti provvedono alle funzioni di raccolta, controllo ed assegnazione del sangue umano; la lavorazione e la conservazione del sangue raccolto presso le Sezioni Itineranti dovrà essere effettuata presso i Centri di Riferimento o Trasfusionali a cui fanno capo.

I Centri di Riferimento Regionale ed i Centri Trasfusionali assolvono anche il compito della raccolta del sangue sul territorio servendosi di presidi sanitari degli Enti Locali o con centri mabili; l'iterland di competenza di ciascun Centro verrà determinato con deliberazione della Giunta Regionale su proposta dell'Assessore Regionale all'Igiene e Sanità, sentito la Commissione Regionale di cui al punto 3.4. La Commissione Regionale potrà comunque avanzare al competente Assessorato alla Sanità proposte circa il dimensionamento e le dotazioni di personale e strumentali da attribuire a ciascun Centro o Sezione.

A titolo indicativo, i Servizi Trasfusionali dovranno disporre di non meno di 400 mq. di spazi per la lavorazione fino a 10.000 unità di sangue distribuite e di ulteriori 100 mq. per ogni 5.000 unità in più, oltre agli spazi per la raccolta; le Sezioni itineranti di raccolta dovranno invece disporre di non meno di 100 mq.

Gli Ospedali non dotati di centri trasfusionali e di sezioni iteneranti dovranno essere dotati di emoteca, da tenersi in locale apposito.

I Centri di Riferimento Regionale ed i Centri trasfusionali dovranno inoltre disporre, ove vi provvedano direttamente, di 200 mq. per l'assistenza trasfusionale ai talassemici e di 100 mq. per l'attività di screening.

3.5. - Gli obiettivi di cui alla precedente lettera e) si realizzano attraverso il potenziamento dell'attività di specializzazione del personale sanitario e la promozione ed attivazione di iniziative per l'aggiornamento obbligatorio degli operatori sanitari e del personale tecnico operante nei servizi, in coordinamento con i programmi generali di formazione del personale delle UU.SS.LL.

3.6. - Il perseguimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera f) si realizza attraverso il sistema informativo sanitario regionale che, in sede di raccolta ed elaborazione delle informazioni, sia di esercizio che di governo, dovrà tener conto delle seguenti esigenze:

a) l'attivazione di una sistematica indagine statistica annuale sul funzionamento e la produttività dei servizi trasfusionali nell'ambito delle previsioni nazionali e regionali in materia. La rilevazione deve in ogni caso comprendere, in conformità a modelli-tipo che saranno predisposti a livello regionale, dati relativi:

— al numero dei donatori attivi, suddiviso per associazioni e per residenza degli stessi;

— al numero delle unità di sangue o dei suoi componenti raccolte;

— al numero ed al tipo degli emocomponenti prodotti;

— al numero, al tipo delle unità trasfusionali ed alla quantità di frazioni plasmatiche consumate, nonché ai presidi presso i quali vengono impiegati;

— all'attività laboratoristica, con particolare riguardo: alle ricerche strettamente correlate con la trasfusione di sangue; alle ricerche immunoematologiche per degenti ed ambulanti; alle indagini dipendenti da altre attività correlate al funzionamento di ogni singolo servizio trasfusionale;

— all'attività clinica riguardante gli interventi di cui sopra;

b) la rilevazione da parte delle unità sanitarie locali sedi di servizi trasfusionali dei costi annuali di gestione e di funzionamento.

I dati rilevati saranno in ogni caso posti a disposizione della Commissione Consultiva di cui al precedente punto 3.4.

4. GLI INDIRIZZI OPERATIVI

Il coordinamento operativo dei servizi con le Associazioni di donatori è fattore essenziale e prioritario per incrementare l'apporto volontaristico, e, pertanto, è essenziale il riconoscimento del ruolo fondamentale svolto da dette associazioni nel creare e sviluppare la disponibilità alla donazione.

Le associazioni pertanto parteciperanno alla cogestione del servizio di raccolta del sangue mediante intese con i servizi trasfusionali territorialmente competenti alla organizzazione della raccolta stessa, in special modo per l'organizzazione delle campagne di raccolta attraverso autoemoteche.

I servizi trasfusionali eseguono i controlli di legge alle unità trasfusionali raccolte nelle diverse sedi, accertandone l'idoneità all'impiego e possono affidare ai laboratori d'analisi chimico-cliniche e microbiologiche nei presidi ospedalieri dove sono collegati, i controlli analitici delle unità trasfusionali raccolte, con esclusione di quelli immunoematologici.

Presso i Servizi trasfusionali si distinguono tre tipi di unità trasfusionali in giacenza:

tipo A) - Unità trasfusionali in attesa di controllo: non utilizzabili;

tipo B) - Unità trasfusionali controllate ma non assegnate;

tipo C) - Unità trasfusionali controllate e assegnate: giudizio di compatibilità formulato per uno o più pazienti.

Le Sezioni di raccolta, non svolgendo alcuna attività distributiva non dispongono di alcuna giacenza.

Le emoteche dispongono unicamente delle Unità trasfusionali del tipo C) e di un numero limitato del tipo B) da utilizzarsi unicamente in condizioni di emergenza

Il numero e la qualità delle unità del tipo B) sono preventivamente da concordarsi con le singole sedi di utilizzo in ragione degli specifici consumi.

Le unità del tipo B) e quelle di tipo C) non utilizzate possono essere rispettivamente assegnate o riassegnate in via ordinaria previa esecuzione delle prove di com

patibilità da effettuarsi a cura del servizio trasfusionale di competenza. Le unità non utilizzate devono comunque essere restituite al servizio trasfusionale entro il 10.o giorno di conservazione, a cura del direttore del servizione cui sono state assegnate.

Di norma sono sedi di utilizzo del sangue degli emocomponenti e delle frazioni plasmatiche i presidi ospedalieri della regione.

Ogni presidio ospedaliero è dotato di emoteca, quando non sia sede di struttura trasfusionale di più alta potenzialità.

Il servizio trasfusionale competente per il territorio dirige e coordina l'attività di distribuzione e di assegnazione del sangue, degli emocomponenti e delle frazioni plasmatiche emanando le relative disposizioni.

L'assegnazione «emergente» è eseguita in tutte le sedi di utilizzo sulla base delle direttive emanate dal servizio trasfusionale competente per territorio e in conformità alle vigenti disposizioni in materia.

I servizi trasfusionali provvedono alla separazione del sangue raccolto producendo emocomponenti (plasma, crioprecipitoti di fattore VIII, concentrati di emazie, di piastrine, di leucociti, etc).

E' compito dei servizi trasfusionali promuovere la qualificazione della terapia trasfusionale orientando la utenza alla «rasfusione mirata».

MEDICINA DEL LAVORO

Per sopperire all'esigenza di disporre di una capacità ricettiva regionale pari a 96 p.l. previsti dallo standard, tenuto conto della concentrazione industriale nell'Isola, è opportuno prevedere oltre agli attuali 63 p.l. dell'Università di Cagliari, 30 p.l. da istituire presso l'Ospedale Conti di Sassari, valido anche come supporto clinico per l'insegnamento universitario.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI MEDICINA DEL LAVORO.

U.S.L. n. 1	Universittà Sassari	30
U.S.L. n. 20	Istituto Medicina del Lavoro Università Cagliari	63
	Totale Regionale Strutture Pubbliche	93

NEUROCHIRURGIA

L'attuale dotazione di p.l. a livello regionale è pari a 85 relativi alle strutture operanti a Cagliari e Sassari con una capacità ricettiva di 30 e 40 p.l. rispettivamente nonché di 15 p.l. nel S. Francesco di Nuoro relativi ad una Sezione della specialità non ancora attivata.

Tale dotazione è pressoché adeguata allo standard regionale previsto in 80 p.l.

La ubicazione dei presidi neurochirurgici nei due ospedali regionali appare adeguata per il soddisfacimento delle esigenze regionali per cui si prospetta l'opportunità di sopprimere la sezione già prevista presso il S. Francesco di Nuoro in considerazione anche delle prestazioni altamente specializzate connesse all'attività di questi presidi, che esigono équipe ed investimenti qualificati, nonché ingenti investimenti.

ASSETTO DA CONFERIRE ALLE STRUTTURE PUBBLICHE PER LA DISCIPLINA DI NEUROCHIRURGIA

U.S.L. n. 1	Università Sassari Clinica Neurochirurgica	40
U.S.L. n. 21	Ospedale S. Michele Cagliari Divisione Neurochirurgica	30
	Totale Regionale Strutture Pubbliche	70

ONCOLOGIA

In questa area opera da tempo in Sardegna l'Ospedale «A. Businco» che attualmente dispone per l'attività di ricovero di 289 p.l. ripartiti come segue:

Oncologia Medica 1ª	54
Oncologia Medica 2ª	42
Oncologia Chirurgica	64
Oncologia Ginecologica	34
Oncologia Ematologica	19
Chirurgia Sperimentale	7
Radioterapia e Medicina Nucleare	55
Anestesia rianimazione e terapia antalgica	14
	289

e fa fronte alla maggior parte della domanda regionale di ricovero riguardante questo settore nosologico, in quanto ricoveri di oncologia vengono effettuati anche negli Istituti clinici delle due Facoltà di Medicina e in alcuni dei più importanti ospedali.

L'indice di utilizzazione dell'Ospedale Businco è assai elevato e ciò non dipende soltanto dalla domanda di ricoveri, che purtroppo aumenta da alcuni anni in maniera costante, ma anche dalla relativamente elevata durata media della degenza sulla quale influisce certa-

mente il lungo iter diagnostico conseguente alla insufficienza dei servizi generali diagnostici in rapporto alla consistenza delle richieste che provengono dai diversi reparti; oltre che per il fatto che il Businco supplisce alla mancanza pressoché totale di adeguate strutture nel territorio ed infine perché nel Businco stesso sono trattenuti a lungo pazienti che, una volta trattati, potrebbero trovare collocazione in strutture di degenza protratta.

Per l'attività di prevenzione secnodaria dei tumori operava, sino all'avvio del Servizio Sanitario Regionale, il Consorzio sanitario regionale che, in forza delle disposizioni della L.R. 13-81, è stato sciolto trasferendo alle UU. SS.LL. competenti per territorio le strutture esistenti ed il relativo personale.

A completamento delle informazioni relative alla situazione esistente occorre infine tenere presente che, nel corso del triennio di validità del presente Piano, saranno disponibili i locali derivanti dalla iniziativa di ampliamento a suo tempo assunta.

L'utilizzazione ottimale dell'Ospedale Businco in termini di efficienza dipenderà dalla creazione di un sistema integrato di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, al centro del quale esso si colloca, insieme con gli altri servizi esistenti nei presidi universitari ed ospedalieri, per coordinare le diverse iniziative finalizzate alla lotta contro i tumori che l'insieme dell'organizzazione sanitaria della Sardegna deve attivare e potenziare.

Queste iniziative attengono:

— alla prevenzione primaria, che si avvarrà anche delle iniziative delle U.S.L. per migliorare la salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro e — nel complesso — la qualità della vita;

— alla prevenzione secondaria, animata da specifiche campagne di lotta mirate alla tutela dei gruppi a rischio;

— alla ricerca finalizzata.

Lo strumento fondamentale per garantire il massimo di efficacia alle iniziative sopraindicate è costituito dall'attivazione presso il Businco e dalla sistematica tenuta del Registro regionale tumori che deve raccogliere ed elaborare tutte le informazioni prodotte dai servizi di qualunque tipo e livello, per restituirle agli stessi onde meglio orientare le diverse attività.

L'osservazione epidomiologica sistematica delle caratteristiche proprie del comportamento di questo settore nosologico dovrà infine orientare il sistema integrato nella promozione di tutte le attività di formazione permanente degli operatori sanitari.

Particolare attenzione va posta nell'organizzazione dei presidi di diagnosi e cura in maniera da precedere secondo un sistema «graduato» di intervento che, partendo da una rete di sensori territoriali (1.o livello) e passando per gli ospedali di base (2.o livello), riesca a concentrare sulle strutture di maggiore qualificazione, e in particolare sull'ospedale Businco, gli interventi che richiedono professionalità specialistiche assai elevate sostenute da adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche (3.o livello).

L'attuazione dei primi due livelli di intervento va perseguita attraverso l'attivazione di servizi di oncologia collocati in alcuni ospedali di zona che siano dotati di adeguate attrezzature e del relativo personale qualificato per l'erogazione di prestazioni di laboratorio, di radiodiagnostica, di endoscopia, di istopatologia; e inoltre per praticare interventi di chirurgia oncologica e di terapia antiblastica di mantenimento con protocolli di trattamento e di mantenimento già codificati.

Gli ospedali di base in grado di contenere l'insieme di queste attività sono:

— Alghero, Olbia, Ozieri in Provincia di Sassari;

— Lanusei in Provincia di Nuoro;

— Carbonia, Iglesias, S. Gavino in Provincia di Cagliari.

Gli altri ospedali di base limiteranno il loro intervento a supporto dell'attività di prevenzione erogata nell'ambito della U.S.L. di competenza.

Il terzo livello di intervento è assicurato dalla struttura universitaria e dagli ospedali regionali e provinciali. L'attività diagnostica e terapeutica nel campo oncologico in queste strutture rientra infatti tra le normali funzioni che vengono sistematicamente esercitate ma dovrà essere potenziata mediante piani di ammodernamento delle attrezzature e di qualificato adeguamento del personale.

E' tuttavia indispensabile che l'insieme dei servizi che fanno capo alle strutture in questione operi nel rispetto della complementarietà dipartimentale a prescindere dalla collocazione logistica dei servizi interessati dalle esigenze diagnostiche e terapeutiche.

In particolare, per quanto attiene agli interventi radioterapici, gli Ospedali provinciali dovranno praticare radioterapia limitatamente ai trattamenti convenzionali a basse energie, mentre le strutture Universitarie e quelle degli ospedali regionali praticheranno radioterapia ad alte energie e terapia nucleare A queste ultime strutture (Università e Ospedali regionali) faranno capo infine nell'ambito delle terapie mediche anche i trattamenti

di chemiormono-terapia con protocolli già codificati e/o sperimentali.

Per quanto riguarda in particolare l'Ospedale Businco la sua struttura dovrà corrispondere ai seguenti criteri;

a: attivazione di adeguati servizi filtro organizzati in forma dipartimentale che devono comprendere: accettazione medico-chirurgica generale e specialistica; servizi poliambulatoriali;

b: organizzazione di un Day-Hospital polispecialistico che affronti in maniera adeguata tutti i casi non abbisognevoli di ricovero (utilizzando letti d'appoggio per ricoveri di breve durata che non devono appesantire i reparti di degenza); avvii e sviluppi la pratica delle dimissioni protette; prosegua la riabilitazione che debba essere protratta oltre il periodo di ricovero;

c: potenziamento dei servizi diagnostici generali (laboratorio chimico-clinico e microbiologico, laboratori di supporto ai reparti, radiodiagnostica, anatomia patologica, medicina nucleare);

d: dimensionamento delle degenze in maniera da disporre complessivamente di 379 p.l. distribuiti come segue tra le diverse specialità:

Medicina generale	50 p.l.
Oncologia medica	50 p.l.
Oncologia chirurgica	68 p.l.
Oncologia ginecologica	50 p.l.
Oncologia ematologica	40 p.l.
con i relativi letti tecnici (camere sterili 8)	
Diagnostica e chirurgia endoscopica	15 p.l.
Chirurgia sperimentale	20 p.l.
Radioterapia	50 p.l.
con i relativi letti tecnici (reparto isolamento)	
Brachiterapia (curiterapia)	10 p.l. (Sezione)
Anestesia, rianimazione e terapia antalgica	14 p.l.
Degenze protratte	30 p.l.
(a disposizione dei diversi reparti e con afferenze dipartimentali)	
Servizio di Neurochirurgia e Neurologia	senza posti letto
Servizio di Farmacologia	senza posti letto
Servizio di Patologia Generale	senza posti letto
Servizio di Immunologia	senza posti letto
TOTALE	397

L'indice di piano adottato a modificazione di quello precedente è stabilito in 0,235‰.

CARDIOCHIRURGIA

La crescente richiesta di assistenza Cardiochirurgica e la necessità di risolvere l'annoso problema del pendolarismo dei pazienti residenti in Sardegna impongono l'attivazione di idonei presidi ospedalieri.

Allo stato attuale:

— A Sassari esiste una struttura e si opera nel settore nell'ambito della Clinica Chirurgica dell'Università col supporto di altre strutture Universitarie ed Ospedaliere della U.S.L. n. 1;

— a Cagliari esiste, presso l'Ospedale San Michele, una divisione di Cardiochirurgia con 30 posti letto, già dotata di sufficienti attrezzature ed è in fase di ultimazione l'espletamento dei concorsi per il reperimento del personale necessario.

RIABILITAZIONE

Si assumono come «Riabilitazione» tutti quegli interventi atti a ripristinare al meglio l'efficienza psicofisica del soggetto, al fine anche di un reinserimento nel contesto sociale e lavorativo.

Ne scaturisce di conseguenza che gli atti riabilitativi sono determinati in maniera diversa a seconda della patologia.

Pertanto essi si configurano quali inscindibili componenti degli interventi peculiari di ciascuna specialità, con l'eventuale integrazione di altre specifiche competenze. Tuttavia per alcuni interventi riabilitativi le tecniche impiegate e le tecniche richieste possono configurare la necessità di fare ricorso a specifiche strutture.

Nelle strutture sanitarie esistenti i servizi di riabilitazione funzionanti anche con l'istituzione del Servzio di Day-Hospital riguardano:

— *Pneumologia*

U.S.L. n. 21 - INRCA - Cagliari

U.S.L. n. 20 - Istituto Medicina del Lavoro Università Cagliari

— *Cardiologia*

U.S.L. n. 21 - Ospedale S. Michele Cagliari

U.S.L. n. 20 - Clinica Cardiologica Università Cagliari

U.S.L. n. 7 - Ospedale S. Francesco - Nuoro

U.S.L. n. 1 - Ospedale Sassari

Fisiokinesiterapia

U.S.L. n. 1 - Div. Ortopedia Osped. Sassari

U.S.L. n. 2 - Servizio di Fisioterapia con 20 p.l. (di cui 5 p.l. per unità spinale) che in considerazione anche dell'alto tasso di occupazione vengono mantenuti
Servizio per neuromotulesi

U.S.L. n. 5 - Ospedale Ozieri

U.S.L. n. 7 - Ospedale Nuoro

U.S.L. n. 16 - C.T.O. Iglesias
(servizio di riabilitazione con 5 p.l. per unità spinale)

U.S.L. n. 20 - Ospedale Marino Cagliari

U.S.L. n. 21 - Ospedale SS. Trinità Cagliari

Così come già indicato in precedenza nelle Divisioni di Ortopedia e Traumatologia della U.S.L. n. 1 Ospedale di Sassari della U.S.L. n. 2 Ospedale Alghero, della U.S.L. n. 5 Ospedale di Ozieri, della U.S.L. n. 7 Ospedale di Nuoro, della U.S.L. n. 16 C.T.O. Iglesias, della U.S.L. n. 20 Ospedale Marino Cagliari e della U.S.L. n. 21 SS. Trinità Cagliari, viene prevista la istituzione del day-hospital per la riabilitazione.

Da ciò discende che le principali carenze del settore riguardano la riabilitazione dei grandi invalidi motori, in particolare dei neuromotulesi.

Pertanto appare necessario attivare una specifica struttura di alta qualificazione.

Per quanto riguarda infine la rieducazione funzionale per particolari esiti di interventi chirurgici riguardanti l'apparato digerente, urinario ed altri organi ed apparati, deve ricadere nelle competenze delle singole specialità.

MEDICINA NUCLEARE

Attualmente risultano operanti nella Regione due servizi di riferimento di medicina nucleare, di cui uno presso l'Università di Sassari convenzionato con la U.S. L. n. 1 e l'altro presso l'Ospedale San Michele di Cagliari U.S.L. n. 21.

Detti servizi con gli altri presidi esistenti presso gli Ospedali Businco e SS. Trinità di Cagliari e S. Francesco di Nuoro, sono da ritenersi sufficienti per garantire le esigenze regionali, ai fini di una più ampia articolazione territoriale, attuare una sezione presso l'Ospedale S. Martino di Oristano dotata di un corredo di apparecchiature per l'attività routinaria.

CENTRI REGIONALI DI TIPIZZAZIONE TESSUTALE E DI IMMUNOLOGIA DEI TRAPIANTI - CENTRO TRAPIANTI D'ORGANO.

Al fine di poter realizzare, dopo una lunga attesa, anche in Sardegna l'attività dei trapianti clinici allogenici ed in risposta alle pressanti richieste di trapianti d'organo di vario tipo ed in particolare negli emopatici e negli uremici cronici dializzati, si stabilisce di istituire i «Centri Regionali di tipizzazione tessutale e di immunologia dei trapianti», in linea con l'articolo 13 della legge n. 644 del 2 dicembre 1975 e con il decreto del Presidente della Repubblica n. 409, del 16 giugno 1977.

Tali Centri devono assolvere alle funzioni indicate dall'articolo 12 del suddetto decreto del Presidente della Repubblica n« 409 ed in particolare:

a) esecuzione della tipizzazione tessutale dei candidati al trapianto e dei possibili donatori d'organi e tessuti allo scopo di trapianto;

b) esecuzione della tipizzazione tessutale per scopi diagnostici, medico-legali e di ricerca scientifica;

c) esecuzione della ricerca di immunizzazione antitessuto nei candidati al trapianto e nei trapiantati;

d) coordinamento e controllo dell'attività dei Centri periferici di tipizzazione tessutale, che intendano partecipare all'attività connessa con i trapianti, verificando la qualità dei sieri, degli altri reagenti e dei pannelli cellulari di riferimento adoperati, nonché la standardizzazione delle metodiche adoperate;

e) cura della compilazione e dell'aggiornamento di un registro dei trapianti con le informazioni sul decorso successivo al trapianto.

In attesa che questi Centri regionali trovino idonea collocazione in apposite strutture dotate di attrezzature e personale, gestiti dalla Regione attraverso i suoi appositi organi amministrativi e sanitari, si evidenzia la necessità di affidare i compiti di detti servizi al Centro di Tipizzazione Tessutale esistente e già funzionante presso la Clinica Medica dell'Università di Cagliari ed al Centro operante presso l'Ospedale di S. Francesco di Nuoro.

Sempre al fine di realizzare in Sardegna i trapianti in stretto rapporto con i Centri di Tipizzazione Tessutale viene istituito un Centro di riferimento regionale

per i trapianti d'organo. Con apposita Legge Regionale si provvederà all'identificazione di detti Centri ed al loro funzionamento.

Annesso al centro di riferimento regionale per la tipizzazione tessutale operante presso la Clinica Medica dell'Università di Cagliari e gestito dalla stessa équipe sanitaria, deve essere realizzato un centro per i trapianti di midollo osseo che per ragioni di organizzazione e di economicità deve essere unico in Sardegna. Detto centro dovrà avere un finanziamento iniziale finalizzato per l'acquisizione delle strutture e delle attrezzature indispensabili e dovrà avere inoltre un finanziamento regionale annuale che ne garantisca la gestione e l'attività. La Legge regionale dovrà prevedere per questo centro un organico medico e paramedico che ne garantisca il funzionamento 24 ore su 24 così come previsto dalla Legge Nazionale.

Da questi dati riassuntivi si evidenzia che, rispetto ad un indice di 6,395 p.l./1.000, il presente piano prevede una maggiore disponibilità di 1214 p.l. complessivi.

Questa maggiore disponibilità è ovviamente condizionata dalla realizzazione delle relative strutture pubbliche in programma e dalla formazione degli operatori sanitari e, pertanto, non potrà verificarsi che in un lasso di tempo non facilmente determinabile e che potrà andare al di là della durata del presente piano.

Ciò potrà comportare una corrispondente riconversione dei p.l. convenzionati, secondo gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale.

In questa fase transitoria sarà necessario che le strutture pubbliche si attengano a quanto indicato nelle linee del presente piano, usando in modo ottimale l'esistente, anche in termini di costi-benefici.

Si ritiene altresì che le strutture private, che attualmente dispongono di n. 1.409 p.l. convenzionati, abbiano raggiunto una dimensione non ulteriormente incrementabile.

Inoltre, la stessa ospedalità privata dovrà razionalizzare in termini qualitativi le proprie strutture, articolando i propri servizi nel quadro e nella logica del piano in corrispondenza alla loro utilizzazione, al fine di giustificare l'ulteriore convenzionamento.

Infine si prospetta l'opportunità di incentivare l'inserimento delle strutture private convenzionate, che ne facciano richiesta e che abbiano i requisiti di legge, tra i servizi pubblici delle Unità Sanitarie Locali, come strutture riconosciute.

CRITERI DI ORGANIZZAZIONE E STANDARDS RELATIVI AL PERSONALE

I servizi sanitari nelle Unità Sanitarie Locali devono essere organizzati in modo da valorizzare il ruolo interdisciplinare delle équipe e la responsabilità di ogni operatore nell'assolvimento dei propri compiti istituzionali.

La organizzazione del lavoro deve proporsi di conseguire la presenza attiva dei medici nei servizi almeno per 12 ore diurne, secondo le esigenze dell'utenza.

Per conseguire gli obiettivi di cui sopra l'organizzazione del lavoro potrà essere articolato, in relazione alla natura del servizio ed in corrispondenza con le esigenze dell'utenza, in modo da garantire la copertura di tutte le esigenze mediante opportuno adeguamento degli organici, salve la normativa vigente in materia.

Gli standards del personale dei vari servizi sanitari hanno a valere, a mente dell'art. 1 del D.L. 26.11.1981, n. 678, convertito con modificazioni con legge n. 12 del 26.1.1982, fino alla entrata in vigore del piano sanitario nazionale che, a mente della lettera e) del 4.a comma dell'art. 53 della Legge 833/78, dovrà determinare «i criteri e gli indirizzi ai quali deve riferirsi la legislazione regionale per la organizzazione dei servizi e degli organici del personale addetto al servizio sanitario».

Per quanto attiene, in particolare, ai servizi ospedalieri di ricovero e cura essi devano essere assicurati con la presenza del necessario personale medico e paramedico nell'arco dell'intera giornata, sulla base degli standards di personale di cui al D.P.R. 128 del 27.3.1969.

Peraltro, a mente dell'ultimo comma dell'art. 17 del D.P.R. 761 del 20.12.1979, «la dotazione organica dei medici assistenti deve essere, nell'ambito dei servizi ospedalieri, di norma pari alla dotazione organica complessiva degli aiuti corresponsabili».

Tenuto conto che l'unità funzionale organizzativa è costituita dalla Sezione (di norma non inferiore a 15 p.l. per le specialità ed a 25 p.l. per le discipline generali) occorre prevedere, in linea di principio, per il personale medico secondario (aiuti ed assistenti) un coefficiente di base di 1,5 per ogni sezione, integrati, a seconda della dimensione complessiva della Divisione, da altro personale sanitario degli stessi livelli funzionali in numero sufficiente a garantire la assistenza nell'arco delle 24 ore, tenuto conto che la presenza media in servizio è stata accertata mediamente in 250 giorni annuali.

Poiché la linea di tendenza indicata dal Piano è indirizzata a definire uno schema organizzativo che prevede una dotazione di 50 posti letto per divisione (arti-

colata su due o tre sezioni), dovrà prevedersi, oltre al Primario, una dotazione di secondari pari a n. 8 unità.

Tale standard di base deve essere peraltro congruamente incrementato o può essere ridimensionato in relazione alla natura dell'attività erogata, tenuto conto della attività operativa o di quella di terapia intensiva; parimenti dovrà essere considerata la possibilità di day-hospital, di medicina sociale e di attività extramurale.

Per i servizi di pschiatria e tutela materno infantile si rinvia ai parametri previsti nei rispettivi progetti particolari.

Per quanto attiene al personale parasanitario, la dotazione organica dovrà essere articalata in modo da garantire 120 minuti di assistenza giornaliera per ogni malato per le degenze comuni e 420 minuti per i letti di terapia intensiva; la dotazione dovrà essere determinata tenendo conto di 250 giornate annue effettive di presenza media di detto personale.

Tale dotazione deve essere riferita, in linea di principio, alla qualifica di infermiere professionale, prevedendosi il mantenimento od esaurimento degli infermieri generici attualmente in servizio, secondo quanto previsto dalla L. 3.6.1980, n. 243.

Per il settore materno infantile (reparti di ostetricia, pediatria, neuropsichiatria infantile e patologia neonatale) si rinvia alle previsioni del presente piano relative al progetto obiettivo «Tutela della maternità consapevole, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute nella età evolutiva».

Per i servizi di salute mentale i parametri organizzativi sono quelli previsti nel Piano stralcio già approvato.

Le unità numeriche delle singole dotazioni organiche devono essere adeguate, in relazione alle effettive esigenze di funzionamento dei presidi, tenendo conto dei seguenti elementi:

— numero effettivo dei posti letto;
— necessità dei servizi ambulatoriali;
— turni di ferie e riposi;
— nosologia del servizio e impegno ad esso inerente;
— attività didattica e di aggiornamento;
— attrezzature tecnico sanitario e scientifica;
— attività di consulenza interna.

Ipotizzando, come più sopra, la dotazione organica del personale paramedico, per una divisione di 50 p.l. di degenze comuni, si possono prevedere le seguenti risultanze:

esigenza oraria di assistenza giornaliera 120 x 50 = minuti 6000

esigenza oraria di assistenza annuale 6000 x 365 = minuti 2.190.000 = h. 36.500

orario lavoro x unità lavorativa h. 38:7 = 5,43 h giornaliere x 250 giorni
annui = h. 1428 annue x unità lavorative

numero di personale necessario h. 36.500:1428 = 25 unità.

Ipotizzando un tasso di occupazione ottimale dell'80 per cento dei p.l. il personale paramedico necessario per n. 50 letti di degenza comune è di 20 unità.

Per il personale medico e paramedico dei servizi di accertamento diagnostico, il fabbisogno dovrà essere calcolato in relazione alle dotazioni strumentali e in base all'orario di attività degli stessi, tenendo conto che, ove i presidi siano dislocati in complessi autonomi, dovranno essere considerate opportunamente anche le esigenze igienico-organizzative.

Per quanto attiene al personale ausiliario, non esistendo precisi riferimenti di standards e tenuto conto delle differenti possibilità organizzative (servizi in economia, in appalto etc.) e realtà strutturali, la quantificazione potrà avvenire solo con riferimento ai singoli presidi.

ASSETTO DEFINITIVO DELLA RETE OSPEDALIERA
U.S.L. N 1 - OSPEDALE SASSARI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
MEDICINA									
Clinica Medica	50	—	—	50	—	—	—	—	Opera il Centro di diabetologia
Patologia Medica I	30	—	—	30	—	—	—	—	
Patologia Medica II	22	—	—	22	—	—	—	—	
Divisione Medicina I	70	—	—	70	—	—	—	—	
Divisione Medicina II	65	—	—	65	—	—	—	—	
Divisione Astanteria	18	—	—	18	—	—	—	—	
CHIRURGIA									
Clinica Chirurgica	92	—	—	92	—	—	—	—	
Patologia Chirurgica	40	—	—	40	—	—	—	—	
Divisione Chirurgica	67	—	—	67	—	—	—	—	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA									
Clinica Ostetrica e Ginecologica	95	—	—	85	—	—	—	10	N 45 culle
Divisione Ostetrica e Ginecologica	40	—	—	40	—	—	—	—	di cui 20 p l Sezione gravidanza a rischio
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									
Divisione Ortopedia Traumatologica	75	—	—	75	—	—	—	—	Con Day Hospital di riabilitazione
PEDIATRIA									
Clinica Pediatrica	120	—	—	45	—	—	—	75	Con Servizio di Day Hospital Pediatrico ed ambulatoriale
Patologia Neonatale (c/o Istituto di Puericultura)	—	—	—	30	—	—	30	—	Con Sez Terapia Intensiva Neonatale e Sez Infettivi Isolamento Neonatale
Divisione Pediatrica	—	—	—	45	—	—	45	—	Con Sezione di Malattie Infettive Pediatriche
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (Servizio autonomo)									

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MALATTIE INFETTIVE									
Clinica Malattie Infettive	50	—	—	50	—	—	—	—	
DIVISIONE CARDIOLOGIA									
Clinica Medica Università di Sassari	35	—	—	35	—	—	—	—	Di cui U C n 8 e post U C n 16
Otorinolaringoiatria	—	—	—	—	—	—	—	—	I p.l sono ottenuti dalla disponibilità complessiva della Clinica Medica (4 U.C. e 8 post U.C.)
Clinica Otorino	50	—	—	50	—	—	—	—	Con servizio di Day-Hospital di Audiofoniatria e Sezione di 15 p.l da attivare c/o l'Ospedale di Olbia
OCULISTICA									
Clinica Oculistica	52	—	—	50	—	—	—	2	
GASTROENTEROLOGIA									
ANESTESIA E RIANIMAZIONE									Istituti Universitari e Ospedali Sassari - Servizio Interdisciplinare Medico e Chirurgico a carattere ambulatoriale e di Day Hospital
Istituto Anestesia e Rianimazione (Università)	—	—	10	—	—	12	2	—	
Servizio Ospedaliero	—	—	17	—	—	15	—	2	
UROLOGIA									
Divisione Urologica	40	—	—	40	—	—	—	—	
PNEUMOLOGIA									
Divisione Pneumologica	60	—	—	60	—	—	—	—	Con servizio di riabilitazione e fisiopatologia respiratoria
Clinica Tisiologica	65	—	—	65	—	—	—	—	
NEUROLOGIA									
Clinica Neurologica	41	—	—	41	—	—	—	—	

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
CARDIOCHIRURGIA									Struttura nell'ambito della Clinica Chirurgica dell'Università
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	—	—	—	20	—	—	20	—	
ODONTOSTOMATOLOGIA									
Servizio Ospedaliero	—	—	16	—	—	—	—	16	
CHIRURGIA PEDIATRICA	—	—	—	—	—	—	—	—	15 p l (Sezione nell'ambito dei p l delle Cliniche Chirurgiche)
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA									Università - 15 p.l. nell'ambito dei p.l. disponibili c/o le Cliniche Chirurgiche
Centro Ustionati	—	—	—	—	—	—	—	—	
CHIRURGIA TORACICA									15 p l nell'ambito della ricettività delle Cliniche Chirurgiche
DERMATOLOGIA									
Divisione Dermatologica	55	—	—	30	—	—	—	25	
Clinica Dermatologica	30	—	—	30	—	—	—	—	
GERIATRIA	60	—	—	60	—	—	—	—	
NEUROCHIRURGIA									
Clinica Neurochirurgica	40	—	—	40	—	—	—	—	
PSICHIATRIA I^a^	—	—	1	—	—	10	—	1	
PSICHIATRIA II^a^	—	—	1	—	—	10	—	1	
MEDICINA DEL LAVORO	—	—	—	30	—	—	30	—	Presso Ospedale «Conti»

DISCIPLINE	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	NOTE
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA									
Clinica Ortopedica Università a Gest. Autonoma (Policlinico Sassarese)	62	—	—	62	—	—	—	—	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA (S. Camillo Università)	30	—	—	30	—	—	—	—	
UROLOGIA (Policlinico Sassarese)	30	—	—	30	—	—	—	—	
TOTALE GENERALE	122	—	—	122	—	—	—	—	

U.S.L. N 2 - OSPEDALE ALGHERO

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
MEDICINA	80	—	—	80	—	—	—	—	Con Servizio di Oncologia medica
CHIRURGIA	70	—	—	60	—	—	—	10	Con Serv. di endoscopia chirurgica
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	60	—	—	45	—	—	—	15	N 20 culle
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA (Ospedale Marino)	120	—	—	120	—	—	—	—	Con Day Hospital di Riabilitazione
PEDIATRIA (con Sezione Infettivi e Sez. Patolog. Neonatale)	55	—	—	30	—	—	—	25	
MALATTIE INFETTIVE (Isolamento)	23	—	—	15	—	—	—	8	
OTORINOLARINGOIATRIA	30	—	—	20	—	—	—	10	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	3	3	—	
UROLOGIA	30	—	—	25	—	—	—	5	
SERVIZIO RIEDUCAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE	20	—	—	20	—	—	—	—	Di cui 5 p l per unità spinale e servizio per neuromotulesi
TOTALE GENERALE	488	—	—	418	—	—	—	70	Vengono istituiti presso l'Ospedale di Alghero i seguenti servizi: - Oculistica; - Neurologia; Diabetologia

U.S.L. N. 2 - OSPEDALE ITTIRI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
MEDICINA	50	—	—	40	—	—	—	10	Di cui almeno 10 p.l. di Geriatria
CHIRURGIA	50	—	—	40	—	—	—	10	
TOTALE GENERALE	100	—	—	80	—	—	—	20	

U.S.L. N. 2 - OSPEDALE THIESI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
MEDICINA	50	—	—	45	—	—	—	5	Di cui almeno 10 p.l. di geriatria
CHIRURGIA	25	—	—	25	—	—	—	—	
TOTALE GENERALE	75	—	—	70	—	—	—	5	

U.S.L. N. 2 - OSPEDALE BONORVA

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
PNEUMOLOGIA	120	—	—	—	—	—	—	120	
TOTALE GENERALE	120	—	—	—	—	—	—	120	

U.S.L. N. 3 - OSPEDALE TEMPIO

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
MEDICINA	80	—	—	50	—	—	—	30	Di cui n. 5 p.l. per osservazione
CHIRURGIA	80	—	—	60	—	—	—	20	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	30	—	—	30	—	—	—	—	N. 10 culle
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	—	15	—	—	—	—	—	15	
PEDIATRIA	—	15	—	—	10	—	—	5	
OTORINOLARINGOIATRIA	30	—	—	20	—	—	—	10	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	2	2	—	
Servizio di Pronto Soccorso	—	—	15	—	—	—	—	15	
PSICHIATRIA	—	—	—	—	—	5	5	—	
GERIATRIA	—	—	—	40	—	—	40	—	
TOTALE GENERALE	205	—	—	217	—	—	—	48	

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	54	—	—	50	—	—	—	4	Di cui 8 p l per osservazione
CHIRURGIA	50	—	—	50	—	—	—	—	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	—	15	—	25	—	—	10	—	N 10 culle
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	—	20	—	20	—	—	—	—	
UROLOGIA	—	—	—	—	—	10	10	—	Annessi alla Div di Chirugia Gen
PEDIATRIA (con Sezione Patolog Neonatale)	20	—	—	20	—	—	—	—	
CARDIOLOGIA Servizio Autonomo di Cardiologia	—	—	—	—	—	12	12	—	Di cui 4 p l di U C ed 8 p l di Post U C.
OTORINOLARINGOIATRIA									N. 15 p l nell'ambito dei p l della Clinica ORL di Sassari
OCULISTICA	—	—	—	—	—	10	10	—	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	3	3	—	
PSICHIATRIA	—	—	—	—	—	5	5	—	
TOTALE GENERALE	159	—	—	205	—	—	46	—	Vengono istituiti i Servizi di Neurologia; Diabetologia

USL N 4 - OSPEDALE LA MADDALENA

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	50	—	—	40	—	—	—	10	
CHIRURGIA	50	—	—	40	—	—	—	10	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	—	15	—	—	10	—	—	5	N 5 culle
PEDIATRIA	—	15	—	—	10	—	—	5	
TOTALE GENERALE	130	—	—	100	20	—	—	30	Dovrà essere dotato di un Pronto Soccorso con tutti i mezzi e le strutture per l'emergenza Viene istituito il Servizio di Diabetologia

U.S.L. N. 5 - OSPEDALE OZIERI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	78	—	—	70	—	—	—	8	(Di cui n. 10 p l per osservazioni)
CHIRURGIA	78	—	—	70	—	—	—	8	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	45	—	—	45	—	—	—	—	N 20 culle
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	45	—	—	40	—	—	—	5	Con Day-Hospital di riabilitazione
PEDIATRIA (con Sez Pat. Neonatale)	45	—	—	30	—	—	—	15	
OTORINOLARINGOIATRIA	—	10	—	—	10	—	—	—	
OCULISTICA	30	—	—	25	—	—	—	5	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	4	—	—	3	—	1	
NEUROLOGIA	30	—	—	30	—	—	—	—	
PSICHIATRIA	—	—	—	—	—	8	8	—	
PRONTO SOCCORSO	—	—	10	—	—	—	—	10	
TOTALE GENERALE	375	—	—	331	—	—	—	44	Viene istituito il Servizio di Diabetologia

U.S.L. N. 6 - OSPEDALE BOSA

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	30	—	—	50	—	—	20	—	Dicui 6 p l per osservazione e almeno 10 p.l di Geriatria
CHIRURGIA	30	—	—	30	—	—	—	—	
PEDIATRIA	5	—	—	—	—	—	—	5	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	5	—	—	—	5	—	—	—	
TOTALE GENERALE	70	—	—	85	—	—	15	—	

U S L. N. 7 - OSPEDALE SAN FRANCESCO DI NUORO

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	100	—	—	100	—	—	—	—	Di cui 15 p l per osservazione a altri 15 per Sezione di oncologia e relativo Day-hospital
CHIRURGIA	100	—	—	100	—	—	—	—	Con Servizio di endoscopia chirurg
CHIRURGIA D'URGENZA	35	—	—	35	—	—	—	—	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	100	—	—	85	—	—	—	15	N 30 culle + 20 p l Sez Gravidanza a Rischio nell'ambito della Div
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	75	—	—	75	—	—	—	—	Con Day-Hospital di riabilitazione
PEDIATRIA									Con Day-Hospital
Divisione Pediatrica con Servizio Pronto Soccorso Pediatrico - Sez Pat Neon (Isolamento)	75	—	—	45	—	—	—	30	
Sezione Patol Neonatale	50	—	—	—	—	—	—	50	
Sezione Terapia Intensiva Neonatale	—	—	—	15	—	—	15	—	
MALATTIE INFETTIVE	—	15	—	—	25	—	10	—	
CARDIOLOGIA	12	—	—	25	—	—	13	—	Di cui 4 U C. e 8 Post U C con Servizio di riabilitazione e diagnostica cardiologica non invasiva
OTORINOLARINGOIATRIA	30	—	—	30	—	—	—	—	

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
OCULISTICA	54	—	—	45	—	—	—	9	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	16	—	—	16	—	—	Con Servizio di terapia antalgica
UROLOGIA	60	—	—	60	—	—	—	—	
NEUROLOGIA	50	—	—	50	—	—	—	—	
DERMOSIFILOPATIA	53	—	—	40	—	—	—	13	Con Servizio di allergologia dermatologica e professionale
ODONTOSTOMATOLOGIA	—	—	2	—	—	—	—	2	Servizio con possibilità di utilizzo dei p l della Chirurgia generale
GERIATRIA	60	—	—	60	—	—	—	—	
PSICHIATRIA	—	—	15	—	—	15	—	—	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	—	—	—	—	—	8	8	—	Servizio Autonomo con attività di Day-Hospital su n 5 p l - Pronto Soccorso
RADIOTERAPIA									N. 15 p l.
Ematologia ed Immunologia Clinica	—	15	—	—	15	—	—	—	
TOTALE GENERALE	917	—	—	844	—	—	—	73	Centro di diabetologia

U S L. N. 7 - OSPEDALE ZONCHELLO DI NUORO

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
PNEUMOLOGIA	160	—	—	130	—	—	—	30	Con Servizio di riabilitazione e fisiopatologia respiratoria e day hospital
GERIATRIA E LUNGODEGENZA	—	—	—	30	—	—	30	—	
TOTALE GENERALE	160	—	—	160	—	—	—	—	

U.S.L. N. 9 - OSPEDALE LANUSEI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	60	—	—	50	—	—	—	10	(Di cui n 5 p l per osservazione)
CHIRURGIA	60	—	—	60	—	—	—	—	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	50	—	—	45	—	—	—	5	N 10 culle
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	—	25	—	25	—	—	—	—	
PEDIATRIA	—	25	—	—	15	—	—	10	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	4	4	—	
PSICHIATRIA	—	—	—	—	—	8	8	—	
GERIATRIA	—	—	—	30	—	—	30	—	
Otorinolaringoiatria	—	—	—	—	15	—	15	—	
TOTALE GENERALE	220	—	—	252	—	—	32	—	Vengono istituiti i Servizi di - Cardiologia; Diabetologia

U.S.L. N. 10 - OSPEDALE DI SORGONO

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	25	—	—	40	—	—	15	—	Di cui almeno 10 p l di Geriatria
CHIRURGIA	20	—	—	40	—	—	20	—	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	—	15	—	—	10	—	—	5	N 5 culle
PEDIATRIA	—	—	—	—	5	—	5	—	
ANESTESIA RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	2	2	—	
TOTALE GENERALE	60	—	—	97	—	—	37	—	Viene istituito il Servizio di diabetologia

U.S.L. N. 11 - OSPEDALE ISILI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	63	—	—	50	—	—	—	13	Di cui almeno 10 p l di geriatria
CHIRURGIA	55	—	—	40	—	—	—	15	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	—	—	—	25	—	—	25	—	N. 10 culle
PEDIATRIA	—	—	—	—	10	—	10	—	
PSICHIATRIA	—	—	—	—	—	8	8	—	
TOTALE GENERALE	118	—	—	133	—	—	15	—	Viene istituito il Servizio di diabetologia

U.S.L. N. 12 - OSPEDALE GHILARZA

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	50	—	—	50	—	—	—	—	
CHIRURGIA	50	—	—	50	—	—	—	—	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	—	25	—	—	15	—	—	10	
PSICHIATRIA	—	—	—	—	—	8	8	—	
TOTALE GENERALE	125	—	—	123	—	—	—	2	

USL N 13 OSPEDALE S MARTINO ORISTANO

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	80	—	—	80	—	—	—	—	Di cui 10 p l per osservazione Con servizio di oncologia
CHIRURGIA	70	—	—	90	—	—	20	—	Di cui 20 p.l. chirurgia d'urgenze con Servizio di endoscopia chirurg
OSTETRICIA GINECOLOGIA	56	—	—	90	—	—	34	—	N. 25 Culle - 20 p l. Sez. Gravidanza a rischio nell'ambito della Divisione
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	30	—	—	60	—	—	30	—	
PEDIATRIA (con Serv di P.S e con Sez di Patologia Neonatale)	35	—	—	40	—	—	5	—	
MALATTIE INFETTIVE	—	—	—	—	15	—	15	—	
CARDIOLOGIA (Servizio Autonomo)	—	—	—	—	—	12	12	—	Di cui 4 U C e 8 post U C
OTORINOLARINGOIATRIA	—	—	—	30	—	—	30	—	
ANESTESIA RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	4	4	—	
UROLOGIA	—	—	—	30	—	—	30	—	
NEUROLOGIA	—	—	—	25	—	—	25	—	
DERMATOLOGIA	—	—	—	—	15	—	15	—	
GERIATRIA E LUNGODEGENZA	—	—	—	30	—	—	30	—	C/o Vecchio Ospedale San Martino
PSICHIATRIA	—	—	15	—	—	15	—	—	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	—	—	—	—	—	6	6	—	Servizio Autonomo con attività di Day-Hospital su n 5 p l - Pronto Soccorso
TOTALE GENERALE	286	—	—	542	—	—	256	—	Vengono istituiti i Servizi di - Oculistica; - Pneumologia con riabilitazione e fisiopatologia respiratoria; - Centro di diabetologia

U.S.L. N. 15 - OSPEDALE SAN GAVINO

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA	56	—	—	60	—	—	4	—	(Di cui 10 p l osservazione)
CHIRURGIA	63	—	—	60	—	—	—	3	Con sezione di urologia con 15 p l
OSTETRICIA GINECOLOGIA	38	—	—	35	—	—	—	3	+ 20 culle
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	25	—	—	35	—	—	10	—	
PEDIATRIA	—	—	—	—	10	—	10	—	Con servizio di Patologia Neonatale
OTORINOLARINGOIATRIA	—	—	—	—	15	—	15	—	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	4	—	—	4	—	—	
PSICHIATRIA	—	—	—	—	—	14	14	—	
TOTALE GENERALE	186	—	—	233	—	—	47	—	Viene istituito il Servizio di Diabetologia

U.S.L. N. 16 - OSPEDALE F.LLI CROBU IGLESIAS

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
PEDIATRIA (con Sez. di Pat Neonat)	45	—	—	30	—	—	—	15	Più 15 p l di day hospital
CHIRURGIA PEDIATRICA	30	—	—	30	—	—	—	—	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	—	—	—	—	—	5	5	—	Servizio autonomo con day hospital su 4 p.l
OTORINOLARINGOIATRIA	—	—	—	—	15	—	15	—	
PNEUMOLOGIA	60	—	—	40	—	—	—	20	
GERIATRIA	—	—	—	45	—	—	45	—	
TOTALE GENERALE	135	—	—	165	—	—	30	—	

USL N. 16 - OSPEDALE SANTA BARBARA IGLESIAS

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
MEDICINA	90	—	—	90	—	—	—	—	(Di cui 10 p.l. per osservazione)
CHIRURGIA	60	—	—	60	—	—	—	—	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	45	—	—	45	—	—	—	—	15 culle
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	3	—	—	3	—	—	
PSICHIATRIA	—	—	—	—	—	8	8	—	
TOTALE GENERALE	198	—	—	206	—	—	8	—	Vengono istituiti i Servizi di: - Oculistica; - Cardiologia; - Diabetologia.

U.S.L. N. 16 - OSPEDALE CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO IGLESIAS

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	130	—	—	135	—	—	5	—	Con day-hospital di riabilitazione di cui 5 p.l. per unità spinale.
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	4	4	—	
TOTALE GENERALE	130	—	—	139	—	—	9	—	

USL. N. 17 - OSPEDALE CARBONIA

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
MEDICINA	115	—	—	115	—	—	—	—	Di cui 9 p.l. di osservazione
Astanteria	—	—	9	—	—	—	—	9	
CHIRURGIA	84	—	—	84	—	—	—	—	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	68	—	—	50	—	—	—	18	20 culle
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	50	—	—	50	—	—	—	—	
CARDIOLOGIA (Servizio autonomo)	—	—	—	—	—	12	12	—	Di cui 4 U.C. e 8 Past U.C.
Pediatria (con Sez. Pat. Neonatale)	55	—	—	35	—	—	—	20	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	4	4	—	
PSICHIATRIA	15	—	—	—	—	15	—	—	
TOTALE GENERALE	396	—	—	365	—	—	—	31	Viene istituito il Servizio di diabetologia

U.S.L. N. 18 - OSPEDALE MURAVERA

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
CHIRURGIA	40	—	—	40	—	—	—	—	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	—	15	—	—	10	—	—	5	+ 5 culle
MEDICINA E	—	—	—	30	—	—	30	—	
GERIATRIA	—	—	—	—	15	—	15	—	
TOTALE GENERALE	55	—	—	95	—	—	40	—	Vengono istituiti i Servizi di - Cardiologia; - Diabetologia Dovrà essere dotato di un pronto soccorso con tutti i mezzi e le strutture per l'emergenza

U.S.L. N. 20 - OSPEDALE MARINO CAGLIARI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
CHIRURGIA D'URGENZA	30	—	—	30	—	—	—	—	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									Con Servizio di riabilitazione e day hospital
Div. Ortopedica e Traum.	40	—	—	45	—	—	5	—	
Sezione Aut Chirurgia della mano	—	15	—	—	15	—	—	—	
Clin Ortop e Traumatol	80	—	—	75	—	—	—	5	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	2	—	—	4	2	—	
TOTALE GENERALE	167	—	—	169	—	—	2	—	

U.S.L. N. 20 - OSPEDALE BINAGHI CAGLIARI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
CHIRURGIA	—	—	—	—	—	—	—	—	
PATOLOGIA CHIRURGICA III	45	—	—	45	—	—	—	—	
CHIRURGIA TORACICA	30	—	—	30	—	—	—	—	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	6	—	—	6	—	—	
PNEUMOLOGIA									
Divisione I	228	—	—	50	—	—	—	28	Con day-hospital
Divisione II	—	—	—	50	—	—	—	—	
Divisione III	—	—	—	50	—	—	—	—	
Divisione IV	—	—	—	50	—	—	—	—	Operano i seguenti servizi - Anatomia Patologica (Università) - Fisiopatologia Respiratoria (Università)
TOTALE GENERALE	309	—	—	281	—	—	—	28	

U.S.L. N. 20 OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO CAGLIARI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
MEDICINA									Opera il servizio di Farmacologia Clinica (Università)
Istituto Pat Medica	60	—	—	60	—	—	—	—	
Div. Medicina I	70	—	—	70	—	—	—	—	
CHIRURGIA									
Clinica Chirurgica	70	—	—	70	—	—	—	—	
Istituto Patologia Chirurgica	40	—	—	40	—	—	—	—	
Patologia Chirurgica (Corso Laurea Odontoiat)	—	—	—	20	—	—	20	—	
Semeiotica Chirurgica I e II	—	—	—	20	—	—	20	—	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA									
Clinica Ostetrica e Ginecologica	96	—	—	80	—	—	—	16	+ 50 culle - 20 p l. Sez. Gravidanza a rischio nell'ambito della Clin. Ost. e Servizio di Analgesia ostetrica
Oncologia Ginecologica	—	—	—	20	—	—	20	—	
PEDIATRIA									
Istituto di Puericultura	50	—	—	40	—	—	—	10	Con Sez Neonatale della Clinica Ostetrica

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
Patologia Neonatale	40	—	—	40	—	—	—	—	Sezione Terapia Intensiva Neonatale - Sezione Infettivi - Isolamento Neonatale
Clinica Pediatrica I	100	—	—	70	—	—	—	30	Con Servizio di Pronto Soccorso
CARDIOLOGIA									
Clinica Cardiologica	—	—	—	24	—	—	24	—	Di cui n. 6 U.C. e n. 12 post U.C. - Servizio di emodinamica
OTORINOLARINGOIATRIA	50	—	—	50	—	—	—	—	Con Servizio di Day-Hospital di Audiofoniatria
OCULISTICA									
Clinica Oculistica	55	—	—	55	—	—	—	—	
GASTROENTEROLOGIA									Servizio Interdisciplinare medico e Chirurgico a carattere ambulatoriale e di Day-Hospital - Clinica chirurgica e Divisione medicina.
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	6	6	—	
NEUROLOGIA									
Clinica Malattie Nervose e Mentali	60	—	—	60	—	—	—	—	
Clinica Pediatrica II	78	—	—	—	—	—	—	78	
DERMOSIFILOPATIA									
Clinica Dermos	40	—	—	40	—	—	—	—	
PSICHIATRIA	—	—	—	—	—	15	15	—	
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (Università) (Clinica pediatrica)	—	—	—	—	—	16	16	—	Con Day-Hospital su 10 p.l. - Pronto Soccorso
TOTALE GENERALE	809	—	—	796	—		—	13	Operano i seguenti Servizi convenzionati con l'Università: Servizio di Virologia; Servizio di Microbiologia

U.S.L. N. 20 - OSPEDALE UNIVERSITA' DI CAGLIARI (Gestione Autonoma)

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA									Nelle Cliniche a gestione autonoma
Clinica Medica I	131	—	—	131	—	—	—	—	esistono i seguenti servizi
Clinica Medica II	50	—	—	50	—	—	—	—	Medicina Nucleare e Patologie
Patologia Medica II	22	—	—	22	—	—	—	—	Tossicodipendenze
Patologia Medica III	18	—	—	18	—	—	—	—	Chimica-Clinica
Cardiologia									- Nefrologia
Clinica Malattie Cardiovascolari	26	—	—	26	—	—	—	—	- Endocrinologia
MEDICINA DEL LAVORO	63	—	—	63	—	—	—	—	- Gastroenterologia
TOTALE GENERALE	310	—	—	310	—	—	—	—	- Diabetologia
									- Immunologia Clinica
									- Tipizzazione Tessutale
									- Ematologia
									- Angiologia
									- Reumatologia
									- Allergologia
									- Medicina Preventiva dei Lavoratori
									Igiene Industriale e Tossicologia
									Industriale
									- Malattie Cardiovascolari
									- Ipertensione
									- Riabilitazione dei Cardiopatici
									- Medicina dello Sport
									Cardiologia Pediatrica
									- Riabilitazione dei Broncopneumo
									patici
									- Centro Microscopia Elettronica

U.S.L. N 21 - OSPEDALE SS. TRINITA' DI CAGLIARI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZI		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
MEDICINA									
Divisione Medicina III	45	—	—	45	—	—	—	—	
Divisione Medicina IV	24	—	—	24	—	—	—	—	
Dvisione Astanteria	25	—	—	—	—	—	—	25	
CHIRURGIA									Con Serv di endoscopia digestiva
Divisione di Chirurgia II	30	—	—	65	—	—	35	—	15 p l. nell'ambito della ricettività complessiva Osp SS Trinità
Sezione Autonoma di Chirurgia Vascolare	—	—	—	—	—	—	—	—	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	65	—	—	65	—	—	—	—	N 25 culle
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	—	—	—	—	—	—	—	—	
Divisione Ortopedia Traumatologica	35	—	—	75	—	—	40	—	Con Servizio di riabilitazione e day-hospital
Sezione Autonoma Chirurgia della Mano	—	15	—	—	15	—	—	—	
Malattie Infettive	81	—	—	70	—	—	—	11	
Sez Aut Mal Tropic forme virali ad alto r	—	—	—	—	25	—	25	—	
CARDIOLOGIA	—	—	—	—	—	18	18	—	Di cui n 6 U C e n 12 post U C
OTORINOLARINGOIATRIA									
Divisione di Otorinolaringoiatria	30	—	—	30	—	—	—	—	
ANESTESIA RIANIMAZIONE	—	—	—	—	—	15	15	—	
UROLOGIA									
Divisione Urologica	65	—	—	85	—	—	20	—	Servizio per la Calcolosi Urinaria e Studio per le Ematurie
ODONTOSTOMATOLOGIA	30	—	—	—	—	—	—	30	
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	—	—	—	30	—	—	30	—	
CHIRURGIA PEDIATRICA	55	—	—	45	—	—	—	10	
Sezione Ustionati Pediatrici	—	—	—	—	15	—	15	—	
DERMATOLOGIA									
Divisione Dermatologica e Servizio Hanseniani	—	—	10	30	—	—	20	—	

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN –	
PEDIATRIA (Sezione Epatici)	—	40	—	—	—	—	—	40	
GERIATRIA	45	—	—	80	—	—	35	—	
PSICHIATRIA I	—	—	15	—	—	15	—	—	
PSICHIATRIA II	—	—	15	—	—	15	—	—	
TOTALE GENERALE	625	—	—	762	—	—	137	—	

U.S L N 21 - OSPEDALE SAN MICHELE DI CAGLIARI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN	
MEDICINA (Astanteria)	—	—	—	25	—	—	25	—	Vengono previsti presso l'Ospedale
MEDICINA II	60	—	—	100	—	—	40	—	S Michele
CHIRURGIA									Servizio di Emodinamica
Chirurgia Generale	75	—	—	75	—	—	—	—	Servizio di riabilitazione
Divisione ustionati e Chirurgia plastica	—	—	—	25	—	—	25	—	Centro di diabetologia · Centro di diabetologia pediatrica
Chirurgia d'Urgenza (con Pronto Soccorso)	27	—	—	50	—	—	23	—	
OSTETRICIA GINECOLOGIA	—	—	—	65	—	—	65	—	N 30 culle
PEDIATRIA (con Sez Infettivi e Sez di Patologia neonatale Servizio di Pron to Soccorso e di Terap Intensiva)	50	—	—	50	—	—	—	—	
CARDIOLOGIA	50	—	—	50	—	—	—	—	Di cui 6 U C e 12 Post U C
OCULISTICA	—	—	—	50	—	—	-	50	
GASTROENTEROLOGIA	36	—	—	36	—	—	—	—	

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	9	—	—	19	10	—	
UROLOGIA	—	—	—	30	—	—	30	—	
NEUROLOGIA	—	—	—	50	—	—	50	—	
CARDIOCHIRURGIA	—	—	—	30	—	—	30	—	
NEFROLOGIA	20	—	—	30	—	—	10	—	
NEUROCHIRURGIA	30	—	—	30	—	—	—	—	
TOTALE GENERALE	357	—	—	715	—	—	358	—	

U.S.L. N. 21 - OSPEDALE PER LA MICROCITEMIA CAGLIARI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
PEDIATRIA									
Clinica Pediatrica II	33	—	—	33	—	—	—	—	Con Day-Hospital Pediatrico
Coagulopatie congenite e linfopatie maligne pediatriche									
Clinica pediatrica I	—	—	10	—	—	10	—	—	
Endocrinologia pediatrica - Clinica pediatrica I -	—	—	6	—	—	6	—	—	
Totale Generale	49	—	—	49	—	—	—	—	Servizio di diagnosi prenatale

U.S.L. N. 21 - OSPEDALE I.N.R.C.A. DI CAGLIARI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN −	
PNEUMOLOGIA	100	—	—	100	—	—	—	—	
TOTALE GENERALE	100	—	—	100	—	—	—	—	

U S L. N. 21 - OSPEDALE BUSINCO DI CAGLIARI

DISCIPLINE	ASSETTO 1982			ASSETTO PROPOSTO			DIFFERENZE		NOTE
	Divisione	Sezione	Servizio	Divisione	Sezione	Servizio	IN +	IN -	
MEDICINA									Nell'Osped Businco esistono i seguenti servizi senza p l.
Medicina Generale	54	—	—	50	—	—	—	4	- Servizio di Farmacologia - Servizio di Patologia Generale - Servizio di Immunologia Servizio di Neurochirurgia e Neurologia
Oncologia Medica	41	—	—	50	—	—	9	—	
CHIRURGIA									Con servizio di Riabilitazione stomizzati e Servizio Endoscopia
Oncologia Chirurgica	68	—	—	68	—	—	—	—	
Diagnostica e Chirurgia Endoscopica	—	—	—	15	—	—	15	—	
Chirurgia Sperimentale	—	—	—	20	—	—	20	—	
GINECOLOGIA									
Oncologia Ginecologica	34	—	—	50	—	—	16	—	
ONCOLOGIA EMATOLOGICA	19	—	—	40	—	—	21	—	*Coi relativi Letti Tecnici (Camere* Sterili n 8)
RADIOTERAPIA	59	—	—	50	—	—	—	9	
Brachiterapia (Curiterapia)	—	—	—	—	10	—	10	—	
DEGENZE PROTRATTE	—	—	—	30	—	—	30	—	A disposizione dei diversi Reparti e con afferenze
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	—	—	8	—	—	8	-	—	
Terapia Antalgica	—	—	6	—	—	6	—	—	
TOTALE GENERALE	289	—	—	397	—	—	—	108	

IGIENE OSPEDALIERA

Per ragioni di ordine epidemiologico è indispensabile realizzare una efficace sorveglianza sui più importanti fattori fisici, chimici e microbiologici nelle strutture ospedaliere attraverso anche il convenzionamento con gli Istituti Universitari indirizzata a:

1. *Problemi connessi all'aspetto infettivo.*

   a) ricerca delle fonti di infezione tra i ricoverati ed il personale di assistenza;

   b) controllo microbiologico dei veicoli di trasmissione con particolare riguardo alle apparecchiature, strumenti e presidi medico-chirurgici, alimenti e catena di preparazione e distribuzione;

   c) controllo dell'efficacia di disinfettanti ed antisettici;

   d) studio e sorveglianza delle resistenze batteriche agli antibiotici;

   e) controlli di sterilità su prodotti iniettabili e presidi medico-chirurgici a norma di legge.

2. *Problemi connessi agli aspetti fisici e chimici dell' ambiente di lavoro:*

   a) studio e sorveglianza dei requisiti fisici dell'aria confinante anche attraverso controllo di efficienza degli impianti di climatizzazione, etc.;

   b) rilevazione di contaminati gassosi (con particolare riguardo ai gas anestetici) e corpuscolari.

3. *Problemi legati all'educazione sanitaria del personale non medico:*

   Programmazione ed organizzazione di corsi di aggiornamento e di educazione sanitaria nel campo della prevenzione in ambito ospedaliero.

MEDICINA VETERINARIA

La L. 833/1978 ha offerto nel settore della salute animale l'occasione di operare una profonda riforma dell'intervento veterinario. Si tratta di superare l'attuale indirizzo, prevalentemente clinico, per impostare l'attività veterinaria in senso igienico-preventivo, zoo-tecnologico, zoo-organizzativo e zoo-economico, integrando in questi ambiti l'attività clinica in maniera che possa concorrere all'osservazione epidemiologica ed al recupero degli animali ammalati, rifiutando la tendenza a perderli che da più parti si va manifestando.

Questa impostazione dell'intervento veterinario fa perno sullo sviluppo della multidisciplinarietà e della specializzazione che possono attivarsi in maniera significativa se si procederà contemporaneamente alla ristrutturazione dei servizi.

La Sardegna ha particolare bisogno di questa azione riformatrice per la rilevanza del patrimonio zootecnico e per il posto che esso occupa nell'economia dell'isola; per le gravi condizioni di arretratezza che è facile riscontrare nella conduzione della produzione zootecnica, nella tutela sanitaria del bestiame, nella lavorazione e nella commercializzazione dei prodotti di origine animale, nel funzionamento dei diversi servizi; per la gravità della situazione contingente che questo importante settore attraversa in conseguenza della presenza della peste suina africana e del basso livello di salute del complesso del patrimonio zootecnico.

Le funzioni e le responsabilità del comparto veterinario possono essere individuate in tre principali blocchi di interventi: la salute degli animali, l'igiene degli alimenti di origine animale e l'igiene ambientale e zootecnica, ai quali si aggiungono altri compiti che la legge di riforma ha affidato alle USL e che verranno ugualmente considerati nel seguito di questo capitolo.

Salute degli animali.

Anche nel settore animale si sono prodotte profonde modificazioni epidemiologiche e nosologiche in conseguenza di fattori positivi e negativi che hanno inciso in misura rilevante. Piani di profilassi e di vigilanza veterinaria permanente hanno debellato o ridotto malattie assai diffuse; esigenze di carattere economico hanno dato adeguato rilievo a malattie scarsamente considerate in passato. Ma le nuove tecniche di allevamento intensivo hanno anche fatto emergere una nuova patologia, facilitando l'insediamento e la virulentazione di numerosi agenti di malattia o diffondendo procedimenti sanitari che favoriscono fenomeni epidemici.

Questa situazione complessiva, che sostituisce la linea di tendenza prevalente del settore, può essere affrontata con interventi sistematici tra i quali assume particolare rilievo la zooprofilassi intesa nella sua accezione più ampia, che comporta la predisposizione di iniziative quali:

la vigilanza veterinaria permanente, intesa come monitoraggio continuativo della patologia prevalente, nelle singole zone, in maniera da ridurre e possibilmente eliminare le occasioni di contagio diretto e o indiretto presenti nei concentramenti di animali o nel trasporto degli stessi;

le grandi profilassi, in quanto programmi a lungo termine finalizzati alla eradicazione delle malattie di particolare interesse economico e sanitario, o a consentire

convivenze accettabili con queste malattie in attesa che si creino le condizioni per la loro eradicazione;

i piani di lotta contro le tecnopatie e le malattie di origine ambientale;

la lotta alle malattie esotiche, per impedirne l'ingresso e per eliminarle rapidamente, come è il caso per la Sardegna della peste suina africana;

la cura degli animali ammalati, per l'alto valore economico sociale e sanitario che deve essere ancora attribuito al momento diagnostico-curativo.

Igiene degli alimenti di origine animale.

L'insieme degli interventi da attuare a questo scopo costituisce una delle maggiori, se non la maggiore, responsabilità dei servizi Veterinari in quanto assolve alla finalità di fornire all'uomo alimenti sani ed economici. In quest'ambito occorre pertanto predisporre:

controlli negli allevamenti nei confronti delle malattie infettive trasmissibili con gli alimenti; degli inquinamenti ambientali che possono ripercuotersi sull'igiene degli alimenti; delle sostanze nocive impiegate a diversi scopi;

controlli sugli impianti di trasformazione (macelli; mercati all'ingrosso; industrie di preparazione di insaccati, inscatolati, ecc.; industrie per la trasformazione di sottoprodotti di origine animale e per la preparazione di alimenti per carnivori domestici) consistenti soprattutto:

— nell'esame ispettivo della carne, del pesce, e dei prodotti di origine animale; fasi di produzione, preparazione e commercializzazione;

— in ricerche di laboratorio che consentano di controllare la salubrità e le caratteristiche merceologiche del prodotto;

— nel risanamento dei prodotti trovati contaminati o nella loro eliminazione;

— nel monitoraggio di fenomeni sanitari sottoposti a controllo sistematico;

— nel controllo dell'igiene ambientale con particolare riguardo al monitoraggio degli elementi che influiscano negativamente sulle produzioni zootecniche;

— controlli sugli impianti di distribuzione (spacci, depositi, impianti frigoriferi, ecc.);

— controlli degli alimenti zootecnici usati per l'alimentazione e la nutrizione degli animali domestici;

igiene ambientale, che comprende tutta l'attività di controllo sulle popolazioni degli animali domestici e non domestici dannosi o potenzialmente dannosi, sulle zoonosi, sulle contaminazioni ambientali e sulla eliminazione degli animali morti, e igiene zootecnica, per il controllo degli allevamenti soprattutto per quanto riguarda l'allontanamento e il successivo utilizzo delle deiezioni; e delle strutture di commercializzazione e trasformazione quali i macelli, le latterie e i caseifici, gli incubatoi, le concerie e i lanifici.

Infine, come si è detto, la L. 833/1978 affida ai servizi veterinari delle USL altri compiti di controllo che hanno finalità di tipo sanitario, zoo-economico ed «umanitario», quali i controlli sugli allevamenti di animali di laboratorio, sui laboratori che effettuano esperimenti sugli animali; sui metodi di allevamento, di stabulazione e di trasporto; su interventi di eutanasia e sui metodi di controllo degli animali indesiderati; sui metodi di abbattimento degli animali da macello, ecc..

A questo complesso articolato di iniziative si può fare fronte se si procede in tempi brevi, e comunque nell'arco temporale del primo piano regionale sanitario, alla ristrutturazione dei servizi veterinari. Gli obiettivi da raggiungere in questi anni non riguardano solamente la migliore distribuzione territoriale degli operatori e dei presidi, che tenga conto delle differenti e peculiari esigenze di ogni singola zona, ma anche l'adozione della programmazione come strumento ordinario di governo del settore; la qualificazione degli interventi in conseguenza dell'integrazione tra servizi di base, servizi multinazionali e strutture di ricerca e di formazione degli operatori: la continuità dei rapporti con gli allevatori e gli operatori economici in generale al fine di sviluppare una intensa attività di partecipazione e di corresponsabilizzazione.

La L.R. n. 13 del 16 marzo 1981 ha stabilito che in ciascuna Unità sanitaria locale sia istituito il servizio veterinario. In linea generale questo servizio, nel rispetto delle indicazioni contenute nel D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, sarà articolato in due aree funzionali: l'area della sanità animale e dell'igiene dell'allevamento e delle produzioni animali; l'area dell'igiene e della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.

Questa indicazione, apparentemente rigida, deve essere assunta invece come ipotesi ordinaria di lavoro da adattare alle peculiari esigenze delle aree territoriali con la flessibilità necessaria anche a far fronte a possibili accorpamenti con altre branche dell'attività veterinaria, che devono comunque lasciare impregiudicata l'organizzazione istituzionale e territoriale di ogni singola USL in base alla Legge Regionale in corso di attuazione.

Per l'organizzazione e il dimensionamento del servizio veterinario si dovranno quindi assumere alcuni parametri generali di riferimento a seconda che l'USL cor-

risponda in tutto o in parte al territorio di un grande centro urbano, ad un'area zootecnicamente sviluppata, ad un'area zootecnicamente non sviluppata, che attengano fondamentalmente:

— al numero degli animali delle varie specie e alla loro distribuzione sul territorio;

— alla popolazione umana e alla sua distribuzione;

— all'estensione del territorio dell'USL, le sue caratteristiche geomorfologiche e viarie;

— alla quantità e dislocazione delle industrie zootecniche addette alla trasformazione degli alimenti di origine animale;

— alla quantità e dislocazione delle industrie e delle strutture parazootecniche;

— alla quantità e dislocazione dei servizi generali di trasformazione e di distribuzione.

Per quanto riguarda invece la quantificazione del personale occorrente è opportuno adottare parametri minimi riferiti da una parte agli ambiti specifici delle diverse funzioni da esercitare, dall'altra alle caratteristiche territoriali delle singole USL, secondo i parametri appresso indicati.

TIPO DI USL

PARAMETRI DI RIFERIMENTO

A. MONTAGNA 6.000/7.500 unità di patrimonio zootecnico equivalenti a 120/150 spacci o impianti per tre veterinari rispettivamente per le funzioni di sanità animale e di igiene degli alimenti.

B. COLLINA 10.500/13.500 unità di patrimonio zootecnico equivalenti a 180/240 spacci o impianti per tre veterinari rispettivamente per le funzioni di sanità animale e di igiene degli alimenti.

C. PIANURA 22.500/30.000 unità di patrimonio zootecnico equivalenti a 225/300 spacci o impianti per tre veterinari rispettivamente per le funzioni di sanità animale e di igiene degli alimenti.

In ogni USL dovrà inoltre essere presente un veterinario da adibire esclusivamente e continuativamente all'attività di informazione, di propaganda e di educazione sanitaria, di istruzione tecnica e di collegamento per quanto riguarda l'alimentazione zootecnica e la riproduzione animale.

Poiché il territorio regionale presenta caratteristiche di estrema variabilità per quanto attiene alla qualità e quantità delle funzioni veterinarie, potrà essere necessario ricorrere ad articolare le funzioni veterinarie su base distrettuale in quelle USL nelle quali è presente una quantità rilevante di unità di patrimonio zootecnico e conseguentemente di unità equivalenti di spacci o di impianti assimilati.

L'esercizio di talune attività specialistiche, onde garantirne l'erogazione a livelli elevati di qualificazione e di convenienza tecnico-economica, consiglia un'organizzazione di tali attività come servizi o presidi multizonali. Tali attività possono riguardare:

— la profilassi antirabbica;
— la disinfezione, disinfestazione e derattizzazione dei ricoveri animali, dei pascoli e degli impianti soggetti a vigilanza veterinaria;
— la prevenzione e la lotta contro le malattie esotiche con l'adozione di campi quarantenari nei porti di maggior traffico dell'Isola;
— gli impianti di risanamento di rifiuti destinati all'alimentazione degli animali;
— l'ispezione e la vigilanza nei macelli pubblici operanti per vaste aree territoriali;
— i servizi di assistenza specialistica in settori particolari quali l'osservazione ittiopatologica, le malattie delle api, ecc..

Dal punto di vista operativo valgono per il momento le indicazioni contenute nel capitolo riguardante i presidi e servizi multizonali.

Anche l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale deve essere considerato come un Presidio multizonale a dimensione regionale, mentre apposita convenzione tra la Regione e l'Università di Sassari dovrà valorizzare l'apporto del Centro di Idatidologia e le funzioni didattiche assistenziali e di ricerca della Facoltà di Veterinaria.

Particolare rilevanza hanno nel settore i due programmi speciali per l'eradicazione della peste suina africana e per il risanamento degli allevamenti. Gli obiettivi del programma regionale per l'eradicazione della peste suina africana consistono:

a) nella eliminazione di tutti i suini dipascenti allo stato brado, sospendendo temporaneamente l'allevamento;

b) nel depistage sierologico;

c) nell'assicurare la rispondenza dei macelli e delle discariche dei rifiuti solidi urbani a condizioni igienico-sanitarie minime fondamentali;

d) nell'attuare una sistematica campagna di lotta contro le zecche;

e) nel porre le basi normative indispensabili per il rilancio e la riqualificazione zootecnica e sanitaria degli allevamenti suinicoli.

Il Piano operativo per l'attuazione del programma è articolato in alcune fasi (1):

- fase 1 - abbattimento e distruzione di tutti i suini infetti con contestuale immediato indennizzo dei capi abbattuti ed erogazione di un assegno mensile per mancato guadagno alle unità lavorative del settore;

  divieto di ripopolamento con nuovi suini per sei mesi;

  depistage sierologico per l'accertamento di portatori sani del virus della peste suina;
  avvio dello studio per l'individuazione delle varietà di zecche esistenti in Sardegna e del piano triennale di lotta con il trattamento periodico degli animali, dei loro ricoveri e delle zone adiacenti agli stessi;

- fase 2 - ristrutturazione della rete pubblica dei macelli con la costruzione di strutture di dimensioni al servizio di bacini di utenza del raggio medio di 25/30 Km., e l'adeguamento di quelli esistenti compresi nel piano regionale;

  consorziazione delle strutture al fine di aumentare la produttività;

  chiusura dei macelli pubblici fatiscenti o inadeguati e di tutti i macelli privati;

  controllo delle discariche di rifiuti solidi urbani mediante recinzione e appropriati trattamenti di disinfezione e disinfestazione dei rifiuti accumulati;

  studio e definizione di un piano regionale per lo smaltimento dei rifiuti solidi ai fini di determinare i trattamenti applicabili in Sardegna ed accertare la loro soglia di convenienza economica;

- fase 3 - ricostituzione delle scorte vive condizionata alla ristrutturazione degli allevamenti mediante la realizzazione di 13 mila posti-scrofa a ciclo integrale, 10 mila posti-scrofa a ciclo aperto e la ricostituzione di 23 mila fattrici.

I dettagli del programma speciale, al quale è assicurato un finanziamento di 139 miliardi, sono contenuti nel documento programmatico che ha già ottenuto l'approvazione della CEE e del Governo Nazionale. Il programma è in fase di concreto avviamento operativo.

L'esigenza di un programma pluriennale di intervento per il risanamento degli allevamenti appare ormai indilazionabile. I suoi obiettivi possono essere concretamente definiti sulla base delle oggettive condizioni di degrado in cui versa gran parte della zootecnia e attraverso una valutazione critica delle scelte finora operate per intervenire nel settore che hanno di volta in volta avviato pluripiani profilattici nei confronti delle malattie infettive ed infestive più frequenti e/o cercato di individuare priorità particolari nei confronti di diffuse parassitosi (sopratutto l'echinococcosi-idatidosi) che trovano il loro terreno di sviluppo nei prevalenti sistemi di allevamento a brado e nello scarso livello di responsabilizzazione e di partecipazione degli allevatori.

L'istituzione e il funzionamento delle USL dovrebbe rendere oggettivamente meno difficile, nel contesto di un piano regionale generale di risanamento, individuare le esigenze prevalenti di ciascun ambito territoriale e predisporre programmi specifici di intervento che dovranno caratterizzarsi non solo per l'ineccepibile definizione tecnico-scientifica ma soprattutto per il coinvolgimento degli allevatori e degli operatori unitamente ad un elevato grado di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

A questi fini è particolarmente importante favorire lo sviluppo di forme sempre più consistenti di cooperazione e di associazionismo come strutture intermedie fra l'azione del servizio pubblico, gli associati ed il territorio, fondamento della partecipazione come alternativa alla passiva accettazione del servizio, e preziosa fonte di indirizzi ed indicazioni utili decisive per la conoscenza del maggior bisogno o della maggiore richiesta del servizio.

La definizione dei programmi specifici di intervento comporta per suo conto l'affinamento del sistema informativo in maniera da rendere continuativo e significativo quanto attualmente è episodico ed aleatorio. L'aborto da salmonella, la gastroenterotossiemia, le mastiti infettive, l'enterite paratubercolare negli ovini; la pasteurellosi, le infezioni neonatali, il carbonchio sintomatico, l'afta, la tbc, nei bovini; le parassitosi, tra le quali campeggia l'echinococcosi-idatidosi, costituiscono i bersagli nei confronti dei quali indirizzare questi programmi che devono porre a loro fondamento:

---

(1) Queste fasi non sono definite secondo criteri nosologici e devono essere pertanto attuate con la maggiore contestualità possibile in relazione alle specifiche condizioni ambientali.

— adeguate campagne di educazione sanitaria e di propaganda;

— formazione e aggiornamento professionale degli operatori;

— sviluppo dell'attività di ricerca finalizzata fortemente legata alle esigenze del territorio.

IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Rientrano in quest'area programmatoria tutte quelle azioni di pertinenza del «Servizio igiene pubblica, igiene dell'ambiente, sicurezza negli ambienti di lavoro e medicina legale» (di cui all'art. 25 della L.R. 16 marzo 1981, n. 13) che costituiscono uno strumento decisivo per la realizzazione di larga parte degli obiettivi — prevenzione, programmazione, partecipazione — che rappresentano l'aspetto innovativo del servizio sanitario di cui alla Legge 833/'78.

E' l'area a cui, infatti, fanno direttamente capo gli interventi per la realizzazione de:

— la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;

— la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;

— l'igiene degli alimenti e delle bevande;

e nella quale in correlazione con altri servizi, si fanno ricomprendere vari altri compiti che presiedono al conseguimento degli obiettivi enunciati all'art. 2 della L. 833/78 e principalmente la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità.

Per la natura stessa dell'area e dei suoi ambiti di intervento, si richiede un coinvolgimento delle amministrazioni regionali e locali, un costante impegno di governo ad ogni livello ed un coordinamento fra gli interventi più direttamente sanitari con quelli economico-finanziari e demografico-sociali.

Sulla base di quanto sopra, è indubbio che l'efficiente potenziamento dell'area di igiene e sanità pubblica si pone come indispensabile alternativa al prevalere della medicina curativa e come fattore primario produttivo di riforma, ancorché — almeno in una prima fase — essa sia destinata a realizzarsi attraverso la modesta eredità delle attività proprie degli uffici sanitari comunali e dei servizi provinciali — confluiti nelle UU.SS.LL. — cui le precedenti amministrazioni hanno quasi sempre prestato scarsa considerazione e attraverso l'acquisizione di competenze di svariate strutture, che occorrerà idoneamente coordinare.

La complessità di funzioni rientranti nell'area di igiene e sanità pubblica, ferma restando l'unitarietà del servizio, consiglia un articolazione in settori tra i quali suddividere i vari compiti:

a) igiene e sanità pubblica;

b) igiene e ricurezza negli ambienti di lavoro;

c) medicina legale;

d) educazione sanitaria della popolazione e formazione professionale degli operatori sanitari.

1. SETTORE IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Sono compiti del settore:

a) la tutela igienica dell'abitazione e degli insediamenti industriali per garantire i requisiti igienici delle abitazioni, delle scuole, degli uffici, dei pubblici esercizi, dei luoghi di lavoro e per evitare il crearsi, sin dalla fase di progettazione, di situazioni di insalubrità e di rischio da parte di insediamenti industriali e produttivi in genere;

b) la prevenzione dell'inquinamento dell'ambiente da rifiuti civili e da scarichi industriali, in particolare per quanto riguarda lo smaltimento di rifiuti urbani solidi e liquidi, il controllo degli scarichi industriali solidi, di quelli idrici e delle emisson nella atmosfera;

c) la prevenzione dell'inquinamento ambientale da coltivazioni intensive e da allevamenti zootecnici, in particolare per quanto riguarda gli effetti dell'ormai elevato consumo di prodotti chimici (concimi, antiparassitari, diserbanti, fitormoni e simili) e dell'inquinamento organico e biologico dei corsi d'acqua, nonché l'incidenza delle zoonosi e della patologia derivante della diffusione dei metodi di alimentazione animale su base industriale (mangimi artificiali);

d) la tutela igienica degli alimenti, esercitata elettivamente nei luoghi di produzione, in particolare per quanto attiene all'inquinamento esterno (inquinamento dell'ambiente e inquinamento degli alimenti da agenti microbici) ed all'uso di additivi. Un'attenzione specifica va riservata in quest'ambito al controllo degli acquedotti e del deterioramento delle acque superficiali;

e) controllo della produzione, manipolazione e vendita di cosmetici;

f) il controllo e la prevenzione dell'inquinamento acustico prodotto da sorgenti fisse e mobili;

g) il controllo delle emergenze igieniche e specificatamente delle radiazioni jonizzanti;

h) la prevenzione a carattere collettivo delle malattie con particolare riferimento a quelle infettive e parassitarie, (ad es. vaccinazioni etc.);

i) l'igiene e medicina scolastica;

l) la predisposizione di mappe di rischio;

m) la polizia mortuaria e l'igiene dei cimiteri;

n) la raccolta, elaborazione e valutazione di dati ambientali, sanitari e di utilizzazione e funzionamento dei servizi ai fini dell'attività gestionale dell'ufficio di direzione e della trasmissione delle informazioni sullo stato sanitario della popolazione tanto ai distretti che alle UU.SS.LL. che all'osservatorio epidemiologico regionale.

Per lo svolgimento di taluni compiti è indispensabile un coordinamento con gli altri settori del servizio e con altri servizi nell'ambito dell'U.S.L.: materno-infantile e dell'età evolutiva, tutela della salute degli anziani e degli handicappati; medicina di base, specialistica e igiene mentale; veterinaria, per la tutela della sanità animale e igiene dell'allevamento, e per la tutela dell'igiene e della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale; assistenza farmaceutica; servizi amministrativi.

Le iniziative da assumere per avvicinare, nel corso del triennio del piano, gli obiettivi elencati, che impegnano anche le competenze di altri settori dell'Amministrazione regionale e in particolare quelle dell'Assessorato per la tutela dell'ambiente, devono essere distribuite ai vari livelli operativi in maniera da massimizzare i risultati dei singoli interventi.

Verranno così individuate funzioni tecniche di esercizio eseguibili a livello di U.S.L. (e nel suo ambito anche a livello di distretto) e funzioni eseguibili più convenientemente a livello di servizio multizonale, nel rispetto del principio che viene demandata a livello di U.S.L. l'esecuzione di indagini ispettive, di rilevazioni ed analisi di contenuto tecnico poco complesso, svolte con semplici apparecchiature nell'ambito di direttive del laboratorio di sanità pubblica.

Nell'ambito di questa azione programmatica costituisce obiettivo di particolare importanza le predisposizione di un *regolamento* locale di igiene, quale contributo della Regione all'aggiornamento ed all'omogeneizzazione dei regolamenti comunali attualmente in vigore.

Il personale necessario nell'U.S.L. per l'attuazione di questa azione programmatica può essere in prima approssimazione dimensionato come segue:

— un medico igienista ogni 20-25.000 abitanti, in aree geografiche caratterizzate da piccoli comuni, ampie distanze e disagiata viabilità, il rapporto può scendere fino a un medico igienista ogni 15-10.000 abitanti. Tale figura professionale corrisponde a quanto previsto nel capitolo «servizi socio-sanitari di base» a proposito di personale dell'area funzionale di prevenzione e sanità pubblica, a rapporto di pieno impiego;

— un laureato in scienze biologiche o in chimica, esperto in igiene ambientale, ogni 25.000 abitanti;

— un assistente sanitario o infermiere professionale ogni 10.000 abitanti;

— un tecnico di igiene ogni 10.000 abitanti;

— un vigile sanitario (ispettore di igiene) ogni 10.000 abitanti;

— un agente tecnico (disinfettore, operaio) ogni 25.000 abitanti;

— due funzionari amministrativi nelle UU.SS.LL. con popolazione inferiore a 50.000 abitanti; fino ad un numero di 4 nelle UU.SS.LL. più grosse (1 - 20 - 21).

Per un efficiente svolgimento delle attività, la situazione ottimale si presenta quando conincidono la sede del servizio di igiene e sanità pubblica ed il livello di governo comunale, sede dell'autorità sanitaria (il sindaco) di cui il servizio è l'organo tecnico naturale. Purtroppo nessuna delle UU.SS.LL. della Regione presenta tale caratteristica.

Dal momento però che spetta ai comuni predisporre ed approvare i piani regolatori, programmare ed attivare le opere pubbliche, gli interventi nella vita organizzativa della comunità, nel lavoro, nello svago, nelle condizioni ambientali, sul traffico, etc., è indispensabile che si creino stretti collegamenti fra comuni e U.S.L..

Per quanto concerne il già menzionato coordinamento con altri servizi, rapporti di stretta collaborazione il servizio intrattiene con quelli di medicina di base, specialistica e igiene mentale e materno-infantile e dell'età evolutiva e tutela degli handicappati, per la realizzazione degli interventi nel campo della prevenzione di massa e dell'igiene e medicina scolastica. All'interno delle scuole, infatti, il servizio — oltre a provvedere direttamente agli interventi di controllo ambientale (locali, strutture, personale, mense, ecc.), a mantenere i contatti con le famiglie, con gli insegnanti e con gli organi collegiali della scuola per lo svolgimento dell'educazione sanitaria, nonché col consultorio familiare, ecc. — organizza l'intervento del servizio di medicina di base e specialistica e igiene mentale per l'espletamento delle attività mediche peculiari per tali fasce

di popolazione; anamnesi dell'alunno, vaccinoprofilassi obbligatorie e consigliate, saggi tubercolinici, visite periodiche e controlli auxologici, sorveglianza sulla riammissione a scuola dopo malattia, indagini specialistiche integrative, valutazione e certificazione dell'idoneità all'espletamento di attività fisico-sportive e interventi di educazione sanitaria motoria e sportiva.

Il coordinamento con il servizio veterinario deve evitare l'inutile ripetizione di sovralluoghi e controlli nei settori di comune competenza e permettere la migliore utilizzazione del personale deputato alla vigilanza.

I gruppi operativi del settore di igiene e sanità pubblica hanno come caratteristica peculiare la mobilità nel territorio.

Il rapporto del servizio con il competente presidio multizonale (laboratorio di sanità pubblica) è di stretta integrazione funzionale, quanto mai necessaria soprattutto nella fase di attivazione dei servizi di igiene e sanità pubblica nelle molte UU.SS.LL. che ne sono totalmente sprovviste.

L'intervento del presidio multizonale può avvenire su richiesta del servizio di U.S.L. o essere preordinato nell'ambito di programmi concordati con le UU.SS.LL..

La ricerca di una maggiore integrazione possibile fra i livelli zonali e multizonali deve consentire un processo di qualificazione globale ed il perseguimento di alcuni obiettivi prioritari quali, ad esempio:

— l'elaborazione di criteri uniformi di valutazione di idoneità degli ambienti e degli impianti, in ciò favoriti dalla citata predisposizione regionale di un regolamento locale di igiene;

— l'adozione di modelli uniformi per la raccolta di dati individuali ed ambientali;

— l'adozione di metodiche comuni a tutti i servizi;

— la promozione e lo svolgimento di ricerche epidemiologiche sui problemi della tutela della salute e la successiva socializzazione dei risultati;

— la predisposizione di una mappa territoriale dei rischi;

— la costituzione di centri di studio e di documentazione, in collaborazione con gli istituti universitari;

— formazione e aggiornamento del personale dei servizi zonali attraverso periodi di tirocinio pratico presso il laboratorio di sanità pubblica.

Nell'ambito dell'azione programmatoria di igiene e sanità pubblica, un progetto speciale deve riguardare il controllo regionale delle radiazioni jonizzanti. A questo scopo, rivendicando per intero l'esercizio delle competenze affidate alla Regione dalla L. 833/1978, occorre muoversi nelle seguenti direzioni:

— costituire la Commissione regionale per la prevenzione contro i rischi da radiazioni jonizzanti;

— istituire il Laboratorio regionale di dosimetria e radioprotezione, quale organo tecnico con il compito di censire ogni attività che implichi detenzione, produzione, utilizzazione ed eliminazione di sostanze radioattive naturali o artificiali e di sorgenti radiogene di qualunque tipo; controllare che dette attività siano compiute in modo da garantire nella maniera più efficace la sicurezza degli impianti e la protezione sanitaria dei lavoratori e della popolazione.

Un caso a se stante è costituito dalla base per sommergibili nucleari di La Maddalena nei confronti della quale occorre predisporre nell'immediato: l'attivazione di una completa rete di monitoraggio superando quanto finora posto in essere dall'Amministrazione Provinciale di Sassari; l'affidamento del controllo dei nuclei di radioattivi al laboratorio regionale di dosimetria e radioprotezione e, nelle more della sua istituzione, alla Cattedra di Fisica medica della Facoltà di Medicina dell'Università di Sassari, che già da tempo svolge tale compito per conto dell'Amministrazione Provinciale di Sassari, la conoscenza e la diffusione di un piano di emergenza da attuare con il concorso responsabile della popolazione in caso di incidenti.

Infine assume importanza di progetto speciale la predisposizione e l'attuazione del piano territoriale per lo smaltimento dei rifiuti solidi.

In aggiunta a quanto accennato in precedenza, le UU.SS.LL. nel predisporre le loro piante organiche terranno conto delle esigenze di altro personale anche in funzione di singole leggi regionali di settore e di accordi di lavoro di singole categorie.

Per il funzionamento del laboratorio regionale di dosimetria e radioprotezione è necessario disporre di:

— n. 1 Direttore tecnico;

— n. 1 Coadiutore tecnico;

— n. 5 Assistenti tecnici dei quali quattro laureati in fisica ed uno in ingegneria elettronica;

— n. 1 Assistente medico specializzato in medicina del lavoro;

— n. 5 Tecnici;

— n. 2 Applicati;

— n. 2 Ausiliari.

2. *Settore di Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro*

Per quanto attiene a questo settore si rimanda a quanto esplicitato nel progetto obiettivo «prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e tutela dei lavoratori negli ambienti di lavoro».

3. *Settore di Medicina Legale*

Il servizio del settore di Medicina Legale va considerato a livello multizonale e di Unità Sanitaria Locale. Attività medico-legali competono anche al medico di base.

a) *Servizio Multizonale di MEDICINA LEGALE* Ad esso competono:

1) *nell'ambito didattico:*

— formazione professionale degli operatori sanitari delle UU.SS.LL.;
— istituzione di corsi di perfezionamento in Medicina Legale assicurativa;
— corsi di aggiornamento di Medicina Legale;

2) *nell'ambito operativo:*

— consulenze, a richiesta, in tema di medicina legale (dottrinale) e forense (applicativa);
— controllo e intervento diretto nella disciplina del Regolamento di polizia mortuaria;
— partecipazione ai trapianti d'organo a norma di legge;
— riscontri diagnostici sui «giunti cadaveri», sulla c.d. «morte improvvisa» nonché intervento in tutti i casi nei quali sia necessario preventivamente scriminare l'esclusione della responsabilità di terzi dai casi di sicuro interesse giudiziario;
— accertamenti in tema di tossicologia forense.

Per l'espletamento di tale servizio — da realizzare nei centri di Cagliari e Sassari — occorre il seguente organico: 1 primario, 1 aiuto, 2 assistenti medici in possesso di diploma di specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni, 2 tecnici esecutivi.

b) *Servizio a livello di UNITA' SANITARIA LOCALE.*

Ad esso competono:

— istruttoria per le valutazioni in materia di previdenza sociale;
— istruttoria per la valutazione del danno da infortunio e da malattia professionale;
— assistenza medico legale in tema di vertenze tra struttura sanitaria, assistiti ed enti;
— accertamento di idoneità di autoveicoli e natanti;
— istruttoria per la valutazione della invalidità civile;
— istruttoria per la valutazione di particolari categorie di invalidi (ciechi, sordomuti, motulesi, etc.);
— accertamento di idoneità alla guida dei minorati fisici;
— accertamenti in tema di dipendenza da cause di servizio;
— consulenza medico legale, a richiesta, del danno da responsabilità civile nell'ambito della assicurazione obbligatoria;
— accertamenti fiscali di legge sulla inabilità temporanea dei lavoratori.

Per l'espletamento di tale servizio saranno utilizzati medici dipendenti della struttura pubblica, con l'ausilio di assistenti sanitari o infermieri professionali.

c) *Compiti Medico-legali del Medico di base.*

1) Denuncia malattie infettive e contagiose.
2) Denuncia delle vaccinazioni obbligatorie.
3) Denuncia vaccinazioni obbligatorie per alcune categorie di lavoratori.
4) Rapporto all'autorità giudiziaria per i delitti perseguibili d'ufficio.
5) Certificazione di malattia per inabilità al lavoro per l'indennità di malattia.
6) Certificati dello stato di gravidanza per l'indennità economica e della data presunta del parto.
7) Certificati di guarigione e di idoneità alla ripresa lavorativa.
8) Certificato di assistenza al parto.
9) Certificato di malattia dell'infanzia per l'assenza dal lavoro del genitore.
10) Certificato di malattia per gli scolari.
11) Certificato di guarigione per la ripresa della frequenza scolastica.
12) Certificato di sana e robusta costituzione.
13) Denuncia di infortuni e malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura.
14) Certificazione di inabilità temporanea per gli infortuni e le malattie professionali.
15) Certificato di guarigione da infortuni e malattie professionali.
16) Certificazione con valutazione di postumi conseguenti e infortuni e malattie professionali.
17) Relazione clinica e medico-legale per pensione di invalidità, assegni familiari per figli inabili, fratelli inabili a carico, gentori invalidi, pensione di reversibilità per invalidi.

18) Certificato di recuperata capacità lavorativa per lavoratore ammalato rimasto disoccupato per la indennità.
19) Certificati di malattia per militari in licenza.
20) Certificati per l'interruzione volontaria di gravidanza.
21) Certificazioni di lesioni personali.
22) Certificati in tema di sessuologia, di interesse civile, penale (delitti sessuali), canonico (amatrimonialità).
23) Denuncia delle cause di morte.
24) Segnalazioni dei tossico-dipendenti.
25) Denuncia degli infanti deformi.
26) Denuncia dei neonati immaturi.
27) Denuncia delle lesioni invalidanti.
28) Denuncia delle malattie di interesse sociale.
29) Denuncia di intossicazione da anticrittogamici.
30) Denuncia delle malattie veneree.
31) Dichiarazione delle nascite.
32) Dichiarazione di morte.
33) Esami esterni del cadavere con constatazione del decesso.
34) Visita per rilascio di libretto di lavoro.
35) Certificazione, con visita periodica dei lavoratori esposti a rischi particolari nell'industria e nell'agricoltura.
36) Certificazioni per l'istruttoria delle pratiche previdenziali.
37) Certificazione per cure termali e climatiche.
38) Certificazione per elettori impediti.

4. *Settore educazione sanitaria della popolazione e formazione professionale degli operatori sanitari.*

Ad esso è demandato il coordinamento di tutte le attività educative e di formazione professionale degli operatori sanitari nell'ambito delle UU.SS.LL.

L'educazione sanitaria è lo strumento per il conseguimento di una moderna conoscienza sanitaria quale primo obiettivo del Servizio sanitario.

Privilegiando, i metodi bidirezionali o dialogici, essa supera, infatti, il carattere informativo realizzando nei cittadini una consapevole partecipazione alla tutela della salute individuale e dell'ambiente in senso lato.

Compiti specifici delle UU.SS.LL. nella realizzazione di tale obiettivo, da assolversi da parte di tutti i servizi e di tutti gli operatori, sono:

a) la programmazione ed il coordinamento, sulla base di linee generali di sviluppo indicate dall'apposito Comitato Tecnico regionale per l'educazione sanitaria delle iniziative intraprese;

b) identificazione e sviluppo di temi di interesse particolare per la loro attualità e nel tempo e nel territorio, attraverso:

1) l'organizzazione, in una fase preliminare, conoscitiva, di piani di ricerca — da effettuarsi da parte di strutture ed operatori dell'U.S.L. o di altri Enti o Istituti di ricerca (Università, Ospedali, etc.) — finalizzati allo studio della situazione effettiva nell'ambito del territorio relativamente ai temi identificati;

2) in una fase successiva, il coordinamento dell'attività di educazione, propaganda igienica e sensibilizzazione dei cittadini attraverso le strutture (distretto, scuola, ambiente di lavoro, consultori familiari, etc.) cui è deputato il compito di educazione alla salute, ed i mezzi di informazione di massa comunemente utilizzati (proiezione di films, trasmissioni radio e TV locali, pubblicazioni, etc.);

c) la programmazione e l'organizzazione di corsi di preparazione all'educazione alla salute per operatori di settori diversi dalla Sanità (insegnanti, amministratori, alimentaristi, etc.) di concerto con Enti Locali e regionali, di volta in volta interessati (Comune, Provincie, Provveditorato agli Studi, Prefettura, Camera di Commercio, etc.);

d) la promozione della partecipazione degli utenti anche a servizi di vigilanza, mediante l'esame critico e la discussione di dati già acquisiti;

e) la promozione, a scadenze periodiche, di incontri fra operatori, amministratori ed utenti.

Strettamente collegato agli aspetti di educazione sanitaria, compito delle UU.SS.LL. è anche la formazione professionale degli operatori sanitari.

Nell'ambito di indirizzi generali tracciati dall'apposito Comitato Tecnico per la formazione professionale del personale, ed in stretta collaborazione con Regione, Università, altre UU.SS.LL., Distretti e Servizi scolastici, etc., le UU.SS.LL.:

— organizzano corsi di aggiornamento e di preparazione per il personale dipendente dal Servizio Sanitario, promuovendo il processo di formazione permanente tecnico-scientifica ed educativa degli operatori sanitari per l'ottimizzazione da parte degli stessi delle esigenze prioritarie del Servizio sanitario e per la correzione delle lacune del Servizio stesso;

— promuovono e coordinano, in stretta collaborazione anche con gli ordini professionali, l'aggiornamento permanente del personale convenzionato per una migliore definizione e valorizzazione del ruolo rivestito

da tali operatori con conseguente ottimizzazione delle prestazioni convenzionate;

— organizzano e controllano le proprie strutture formative per operatori sanitari non laureati.

PRESIDI E SERVIZI MULTIZONALI

Il privilegio accordato dalla riforma sanitaria e, in coerenza, dal Piano sanitario regionale ai servizi di base nell'intento di porre le UU.SS.LL. nelle condizioni di soddisfare la gran parte dei bisogni sanitari della popolazione, non elimina completamente la esigenza di disporre di servizi e di presidi capaci di far fronte ad una domanda che ha caratteristiche di maggiore complessità organizzativa, operativa e tecnico-professionale.

E' in base a queste caratteristiche che la L. 833/1978 ha individuato un tipo di presidi definiti «multizonali», assumendo come parametro di riferimento più semplice quello territoriale. Ma è la stessa Legge 833 a fornire una definizione più corretta ed accettabile della «multizonalità» mettendo in relazione il parametro territoriale, di ordine meramente quantitativo, in quanto fa riferimento all'ampiezza del bacino di utenza, con altri parametri di tipo qualitativo, indispensabili ad evitare una escalation generalizzata verso questo tipo di qualificazione che avrebbe conseguenze organizzative e istituzionali assai pericolose.

Per definire in maniera rigorosa la multizonalità il Piano sanitario regionale privilegia alcune caratteristiche di ordine qualitativo, quale la frequenza con cui i bisogni sanitari più complessi si manifestano (indispensabile, fra l'altro, per dimensionare con parametri significativi l'ampiezza del bacino di utenza che può giungere sino ad equivalere all'intero territorio regionale), la qualificazione tecnica e specialistica, il livello di professionalità, dalla cui valutazione deve emergere la convenienza tecnica ed economica al riconoscimento di questo tipo di qualificazione senza peraltro dar luogo ad un autonomo livello organizzativo di servizi.

In base alla situazione esistente e in coerenza con gli obiettivi generali e settoriali del Piano si individuano i seguenti servizi e presidi multizonali:

a) nel settore dell'igiene e sanità pubblica

a.1) il laboratorio di sanità pubblica, risultante dalla trasformazione dell'attuale laboratorio provinciale di igiene e profilassi, orientato fondamentalmente all'attuazione degli interventi di prevenzione primaria.

Ciò deve comportare il coordinamento funzionale tra le due sezioni dei laboratori provinciali, i servizi preposti alla tutela della salute dei lavoratori e, per la parte animale, l'istituto zooprofilattico regionale.

Attrezzato con moderne tecnologie ed in grado quindi di rispondere a molteplici esigenze analitiche con metodologie già pronte o messe a punto mediante vere e proprie ricerche, e potenziato per svolgere compiti di controllo, reperimento e valutazione tecnica di dati, consulenza e ricerca applicata, aggiornato su problemi e tecnologie nuove e sulle leggi nel settore, il laboratorio di sanità pubblica deve essere in grado da un lato di svolgere funzioni di supporto alla attività dei servizi centrali delle UU.SS.LL. ed in particolare del settore igiene e sanità pubblica per gli interventi che richiedono indagini complesse o competenze specialistiche non decentrabili per ragioni di economia e di livello qualitativo e dall'altro di configurarsi come sede dinamica e propulsiva di ricerva applicata e strumento di controllo epidemiologico.

Oltre a svolgere compiti comuni, a ciascun Laboratorio di Sanità pubblica può essere delegato lo «sviluppo» completo di un particolare settore di attività per tutto l'ambito regionale e, in ragione della propria specializzazione, la funzione della revisione delle analisi.

Nei settori di interesse, il laboratorio selezionerà le competenze di interesse primario, trasferendo ad altre strutture quelle ritenute meno pertinenti (indagini eseguite sull'uomo per fini non preventivi ed epidemiologici), ponendo particolare attenzione ai controlli microbiologici, parassitologici, fisici, chimici, tossicologici su acqua, suolo e alimenti, come su ogni altro materiale o organismo vivente, per le esigenze della salute pubblica, tanto ai fini preventivi che epidemiologici.

L'attività del laboratorio di sanità pubblica si attua attraverso interventi richiesti dalle UU.SS.LL., in specie dai servizi di igiene e sanità pubblica e veterinari (interventi indiretti) o interventi svolti in risposta a obblighi di legge o nell'ambito di programmi concordati (interventi diretti). In ogni caso, per un corretto funzionamento del laboratorio di sanità pubblica, è indispensabile una programmazione da parte delle UU.SS.LL. delle attività di svolgere così da rendere produttivi gli interventi eseguiti.

Nell'ambito di una tale programmazione risulta anche possibile al laboratorio l'espletamento del ruolo di formazione e di aggiornamento del personale delle UU.SS.LL. per una integrata collaborazione nei diversi livelli di competenza (distrettuale o zonale) a cui esso è chiamato a operare; e ciò anche nell'ottica di dotare il personale di professionalità complementare necessaria per interventi intesi a fronteggiare situazioni di e-

mergenza comportanti gravi pericoli per la salute pubblica, l'igiene o l'ambiente.

Per talune competenze — e in linea generale per una unificazione di comportamento — il laboratorio di sanità pubblica dovrà mantenere saldi rapporti con l'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro.

Indispensabile appare la collaborazione con l'Università, che, nell'ambito delle convenzioni di cui all'art. 39 della Legge 833/1978 e ai sensi del D.P.R. 10 marzo 1982, n. 162, potrà:

— utilizzare personale, strutture ed attrezzature a fini didattici e di ricerca nelle scuole di specializzazione, in quelle dirette a fini speciali e nei corsi di perfezionamento;

— essere coinvolta nell'aggiornamento del personale tecnico del laboratorio di sanità pubblica e delle UU.SS.LL.;

— essere coinvolta in programmi di lavoro che richiedono competenze specifiche dell'Università o ad integrazione di compiti istituzionali del laboratorio di sanità pubblica.

Per i quattro prevedibili laboratori di sanità pubblica (collocazione territoriale corrispondente a quella provinciale), gli organici orientativi sono riportati nella tabella seguente:

	Cagliari	Nuoro	Oristano	Sassari
Medici	4	3	3	4
Chimici	4	3	3	4
Biologi	4	3	3	4
Geologi	1	1	1	1
Veterinari	1	1	1	1
Tecnici di Laboratorio, periti etc.	16	10	8	14
Programmatori	2	2	2	2
Tecnici di Igiene ambientali	8	6	5	8
Ispettori, etc.	4	3	3	4
Impiegati amministrativi	4	3	3	4
Ausiliari	4	3	3	4

L'area di attività impiantistico-infortunistica, alla quale confluirà il personale dell'E.N.P.I., A.N.C.C. e Ispettorato del Lavoro, richiederà per ciascun presidio multizonale almeno le seguenti competenze professionali: 2 medici, 2 ingegneri, 1 chimico, 1 fisico, 10 tecnici (tra cui geometri, periti, collaudatori e verificatori di macchine e impianti a norma di legge ai fini della sicurezza), 3 impiegati amministrativi, 2 ausiliari.

a.2) il servizio di medicina del lavoro. Per questo settore i rimanda a quanto esplicitato nel progetto obiettivo: «prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e tutela dei lavoratori negli ambienti del lavoro».

a) nel settore della medicina veterinaria:

1 - il centro di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione, per interventi in ambienti zootecnici e parazootecnici, con bacino di utenze inizialmente provinciale, salvo l'esistenza di particolari esigenze sub-provinciali, e con coordinamento con i servizi di smaltimento dei rifiuti solidi;

2 - il centro di profilassi della rabbia e dell'idatidosi, assistito da un canile per il ricovero dei cani randagi e l'osservazione dei cani morsicati, con bacino di utenza provinciale;

3 - l'inceneritore, dislocato nel macello comunale più importante di ogni provincia, dotato di furgone per la raccolta degli animali o degli avanzi animali da distruggere;

4 - il centro di risanamento degli avanzi di origine animale destinati all'alimentazione zootecnica, da collocare solo nelle zone zootecnicamente molto sviluppate;

5 - Presidi per la prevenzione delle malattie del bestiame e per la ispezione degli alimenti di origine animale da localizzare nei porti di Olbia, Cagliari e Porto Torres, con bacini di utenza provinciali ed interprovinciali, al fine di un efficace controllo sia degli animali che delle derrate alimentari di origine animale che vengono importate in Sardegna; tali strutture devono essere dotate di stalle di sosta e di laboratori per le ricerche degli agenti patogeni degli animali e delle sostanze nocive dei prodotti di origine animale.

b) nel settore dell'assistenza sanitaria

L'individuazione di funzioni multizonali — e quindi di presidi e servizi da definire come tali — nel comparto specialistico intra ed extra ospedaliero deve avvenire, qualora fosse necessario, tenendo conto di alcuni specifici criteri. Nell'ambito ospedaliero in particolare occorre tenere presente che gli indici di piano non fanno riferimento, se non indirettamente, al bacino di utenza (anche per evitare di appoggiare la tendenza al-

l'autarchia ed all'autosufficienza indiscriminata di ogni singola U.S.L.) ma alla frequenza dei diversi bisogni di ospedalizzazione che i singoli presidi devono soddisfare, badando quindi a *diffondere o a rarefare sul territorio le diverse* specialità a seconda delle diverse frequenze nosologiche specifiche.

Ciò eviterà di rendere automatico, per criteri eminentemente quantitativi, il riconoscimento della qualifica di multizonale a un presidio ospedaliero — e ancor più a un singolo reparto o servizio — solo per il fatto che viene utilizzato da cittadini residenti in U.S.L. diverse da quella nella quale il presidio è ubicato, dimenticando che è la stessa L. 833 a riconoscere il diritto alla libera scelta, nell'ambito regionale, del luogo di cura.

La complessità delle funzioni in argomento, ed il livello di qualificazione e di specializzazione che comunque le contraddistingue, presuppone ed implica inoltre una concorrenzialità di attribuzioni che, seppure *singolarmente afferenti alla competenza dei vari servizi*, soltanto nella loro capacità organizzativa ed operativa globale consentono di realizzare la funzione ospedaliera propriamente detta.

Per l'insieme di queste ragioni, e in particolare per le considerazioni di carattere epidemiologico e nosologico, ma anche al fine di conferire agilità amministrativa e gestionale all'insieme dei presidi da parte delle singole UU.SS.LL., il Piano sanitario regionale si orienta a considerare determinati presidi-reparti e/o servizi come unità operative che superano gli ambiti territoriali delle singole UU.SS.LL. nelle quali sono ubicati senza per questo essere obbligati a riconoscere loro la qualifica di multizonali.

Infine, in nessun caso l'enfasi posta nell'attuazione di servizi e/o presidi multizonali nel settore ospedaliero dovrà creare, o ulteriormente incentivare, le condizioni per la realizzazione e/o per il mantenimento di presidi monospecialistici.

Da ultimo, nel quadro delle indicazioni concernenti i servizi multizonali, una specifica attenzione va riservata alle funzioni la cui utenza si dirige, di necessità, *oltre l'ambito territoriale della regione per motivi* fondamentalmente riguardanti l'altissima specializzazione di funzioni di diagnosi e cura o di servizi che richiedono apporti professionali e uso di strumentazioni non *diffusibili al di là di precisi limiti quantitativi*, pena il decadimento della qualità dei risultati e l'assoluta antieconomicità delle relative gestioni.

Peraltro, l'esperienza insegna che si tratta di situazioni sempre in divenire, in quanto le funzioni di questo *genere acquistano una propria potenzialità di decentramento* man mano che, superata la fase innovativa, le strutture inizialmente create riescono ad irradiare all'esterno le capacità professionali specifiche e il *know-how tecnologico necessari per trasformare le attività* relative da prestazioni eccezionali e straordinarie in prestazioni correnti, anche se sempre ad elevato contenuto professionale e tecnologico.

Le considerazioni svolte, applicate in particolare in Sardegna alle esigenze di attivazione di un'altissima specializzazione come la cardiochirurgia, controindicano al momento l'adozione di soluzioni organizzative rigide, basate su classificazioni che inevitabilmente finirebbero per cristallizzare le situazioni rendendole impermeabili alle evoluzioni conoscitive e tecnologiche.

ASSISTENZA FARMACEUTICA E POLITICA DEL FARMACO

La spesa pubblica per farmaci ha raggiunto in Sardegna nel 1981 a carico delle UU.SS.LL. l'importo di L. 103.645.000.000.

La quota di risorse impegnata in questo settore appare assai elevata soprattutto se viene valutata in termini di benefici che ne sono derivati ai cittadini sotto il profilo sanitario.

Le cause di questa situazione sono diverse anche se concorrenti:

— il ritardo nel predisporre le iniziative di medicina preventiva e, quindi il ricorso eccessivo alle prestazioni tradizionali della medicina diagnostico-terapeutica anche quando è palese la loro inutilità se non addirittura la loro pericolosità;

— la mancanza di iniziative di educazione sanitaria rivolte *sia agli utenti che agli operatori allo scopo di* indirizzarne il comportamento verso un uso più congruo dei diversi servizi sanitari;

— la mancata predisposizione di strumenti di contenimento del consumo, tra i quali il Prontuario terapeutico ospedaliero regionale (PTOR).

Il Piano Sanitario Regionale si propone, pertanto, *di intervenire nel settore al fine di raggiungere alcuni* importanti obiettivi, quali:

a) emanazione di norme per l'organizzazione del servizio farmaceutico e per l'assitenza farmaceutica da parte delle UU.SS.LL..

In questo settore assumono particolare rilievo i problemi relativi all'approvvigionamento dei farmaci *per gli ospedali e per gli altri presidi sanitari e per la*

distribuzione agli assistiti attraverso le farmacie pubbliche e quelli relativi all'organizzazione del servizio farmaceutico nelle UU.SS.LL.;

b) attivazione di iniziative di educazione sanitaria nei confronti dei cittadini.

A questo fine assumono particolare importanza le iniziative che interessano particolari fasce della popolazione nelle quali l'uso incongruo di farmaci rischia di essere particolarmente dannoso, mentre l'altra parte è di particolare utilità sociale svolgere — utilizzando farmaci adeguati — alcune campagne di medicina preventiva (popolazione in età evolutiva, donne in età feconda, anziani, ecc.);

c) predisposizione di iniziative volte a qualificare l'uso dei farmaci da parte degli operatori sanitari.

In quest'ambito il Piano assume come suoi obiettivi qualificanti:

— la predisposizione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR), mediante il lavoro di un'apposita Commissione di Esperti, badando che questo strumento sia strettamente coerente con gli orientamenti fondamentali del prontuario terapeutico nazionale;

— l'istituzione di un Centro di documentazione ed informazione sull'uso dei farmaci, assumendo a questo scopo il progetto predisposto dall'Istituto di Farmacologia dell'Università di Cagliari e Sassari stipulando con essi idonea convenzione. Nella realizzazione degli obiettivi particolare contributo potrà essere fornito dalla Facoltà di farmacia.

PIANO SANITARIO REGIONALE 1982-1984

PARTE II

PROGETTI OBIETTIVO

TUTELA DELLA MATERNITA' CONSAPEVOLE, LOTTA ALLA MORTALITA' INFANTILE E TUTELA DELLA SALUTE IN ETA' EVOLUTIVA

a) Parte Generale

Nel campo della tutela della salute dei cittadini spetta ai resposabili della politica sanitaria e sociale individuare le aree nelle quali è necessario intensificare l'impegno, in modo da corrispondere alle richieste della popolazione.

Dall'analisi dei dati internazionali, nazionali e regionali uno dei problemi di maggiore rilevanza viene individuato nell'area della tutela della maternità consapevole, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute in età evolutiva per le notevoli implicazioni ad esso connesse e che formano oggetto del presente progetto-obiettivo.

Prima di sviluppare le argomentazioni a sostegno del presente progetto, si ritiene necessario premettere la definizione di alcuni vocaboli tecnici per facilitare una più corretta comprensione dei dati e delle tabelle allegati:

$$\text{Natalità} = \frac{\text{Nati vivi in un anno}}{\text{abitanti}} \times 1000$$

$$\text{Natimortalità} = \frac{\text{nati morti}}{\text{nati morti} + \text{nati vivi}} \times 1000$$

Mortalità neonatale precoce =

$$= \frac{\text{morti nella 1}^{a}\text{ settimana di vita}}{\text{nati vivi}} \times 1000$$

Mortalità perinatale =

$$= \frac{\text{nati morti} + \text{morti nella 1}^{a}\text{ settimana}}{\text{nati morti} + \text{nati vivi}} \times 1000$$

Mortalità neonatale tardiva =

$$= \frac{\text{morti tra 8 e 30 giorni}}{\text{nati vivi}} \times 1000$$

Mortalità neonatale totale =

$$= \frac{\text{morti nei primi 30 giorni di vita}}{\text{nati vivi}} \times 1000$$

Mortalità post-neonatale =

$$= \frac{\text{morti tra 1 e 12 mesi di vita}}{\text{nati vivi}} \times 1000$$

Mortalità infantile =

$$= \frac{\text{morti nel primo anno di vita}}{\text{nati vivi}} \times 1000$$

Dalle tabelle I e II si constata che, nonostante i progressi compiuti negli ultimi anni, in Italia la mortalità perinatale ed infantile sono ancora troppo elevate in confronto alla maggiore parte dei Paesi Europei.

TABELLA I

Evoluzione degli indici di mortalità perinatale ed infantile negli ultimi 13 anni in Italia ed in Sardegna (Dati ISTAT).

TERRITORIO	Mortalità perinatale ‰		Mortalità infantile ‰	
	1969	1981	1969	1981
Italia	31,9	17,0	30,8	14,3
Sardegna	29,7	18,3	31,5	13,4

TABELLA II

Mortalità infantile (per 1000 nati vivi) nel 1980 e 1981 nelle 25 Nazioni con più di 2.000.000 di abitanti e con minore mortalità infantile. Le cifre con l'asterisco (*) sono provvisorie (da Pediatrics, 70,835, 1982).

NAZIONI	Mortalità infantile per 1000 nati vivi	
	1981	1980
Svezia	7,0	6,9
Giappone	7,1	7,5
Danimarca	—	8,4*
Finlandia	—	7,6
Norvegia	—	8,1
Olanda	8,2	8,6*
Svizzera	—	9,1*
Francia	9,6	10,0*
Belgio	11,7*	11,0*
Singapore	10,8	11,7
Canada	—	10,4
Australia	—	11,0
Rep. Democratica tedesca	12,3	12,1*
Hong Kong	9,7	11,2*
Stati Uniti	11,7	12,5
Nuova Zelanda	11,7	13,0
Germania Federale	—	12,6
Spagna	10,3	11,1
Irlanda	—	11,2
Austria	12,6*	14,3*
Italia	14,1	13,3
Israele	14,6	15,1
Cecoslovacchia	16,8*	16,6*
Grecia	—	17,9

Per quanto riguarda la Regione Sarda in particolare, la analisi non può limitarsi all'osservazione degli indici statistici puri e semplici, che per il fatto di essere abbastanza simili alla media nazionale, possono dare una valutazione erroneamente ottimistica della situazione (Tabella III).

TABELLA III

Indici di natalità, natimortalità, mortalità perinatale,, neonatale precoce ed infantile in Italia ed in Sardegna nel 1981 (In parentesi i valori assoluti. (Dati ISTAT).

TABELLA III - Anno 1981

TERRITORIO	Nati vivi N	Natalità (a)	Nati Morti (b)	Mortalità Neonatale Precoce (c)	Mortalità Perinatale (b+c)	Mortalità Infantile (d)
Italia	621.805	11,0	7,9	9,6	17,3	14,3
			(4870)		(5779)	(8760)
Sardegna	21.777	13,8	11	7,8	18,8	13,4
			(240)	(164)	(431)	(278)

a) per 1000 abitanti; b) per 1000 nati; c) per 1000 nati vivi; d) per 1000 nati vivi.

Infatti, tra le Regioni Italiane, per quanto riguarda il 1981, la Sardegna è al 20° posto (ultimo) per la natimortalità, al 18° posto per la mortalità perinatale, al 6° posto per la mortalità neonatale precoce ed al 15° per la mortalità infantile (vedi Tabella IV).

TABELLA IV

Posizione della Sardegna nella graduatoria tra le Regioni Italiane per indici di natalità, natimortalità, mortalità neonatale precoce ed infantile dal 1951 al 1981. La graduatoria esprime in ordine crescente le situazioni più sfavorevoli (dati (ISTAT).

ANNO	Natalità	Mortalità perinatale	Natimortalità	Mortalità neonatale precoce	Mortalità infantile
1951	17°	3°	9°	1°	11°
1981	16°	18°	20°	6°	15°

Inoltre, come risulta dalla tabella V, in Sardegna i progressi nella assistenza alla gravidanza, al parto ed al periodo neonatale sono stati inferiori rispetto alla tutela della salute dopo il periodo neonatale.

TABELLA V

Tassi di natalità, di natimortalità, di mortalità perinatale, di mortalità neonatale precoce, tardiva e totale e di mortalità infantile in Italia ed in Sardegna nel 1951 e 1981 e loro variazione percentuale dal 1951 al 1981 (Dati ISTAT).

Tabella V

TASSI	ITALIA			SARDEGNA		
	1951 ‰	1981 ‰	Variazione %	1951 ‰	1981 ‰	Variazion %
Natalità	18,5	11,0	40,5	26,1	13,8	47,1
Mortalità perinatale	49,6	17,3	65,1	40,8	18,8	53,9
Natimortalità	31,0	7,9	75,2	25,9	11,0	57,5
Mortalità neonat. precoce (7 giorni)	19,2	9,6	50,0	14,8	7,8	47,3
Mortalità neonat. tardiva (8-30 giorni)	10,6	1,8	83,0	9,5	1,2	87,4
Mortalità neonatale totale (30 giorni)	29,8	11,1	62,7	24,3	8,8	63,8
Mortalità post-neonatale (1-12 mesi)	36,8	3,0	91,8	44,7	4,1	91,0
Mortalità infantile	66,6	14,3	78,5	69,0	13,4	80,6

Il ritardo nella tutela della salute materno-infantile appare anche evidente dalla VI, da cui si rileva che la Sardegna, con una popolazione di circa 1.600.000 abitanti, corrispondente nell'anno 1981 al 2,81% della popolazione nazionale, contribuisce col 3,50% alla natalità nazionale, col 4,92% alla natimortalità, col 7,45% alla mortalità perinatale e col 3,17% a quella infantile, confermando una situazione particolarmente sfavorevole nel periodo perinatale.

Se mortalità perinatale e mortalità infantile vanno considerate come gli indici più affidabili del livello sociale e sanitario di una popolazione è ormai dimostrato che per ogni bambino deceduto in età neonatale altri due sopravvivono in condizioni neurologiche e/o psiche invalidanti (circa 20 soggetti ogni 1000 nati vivi all'anno nella nostra Regione).

Ne consegue che, in Sardegna, il numero dei portatori di handicaps neurologici, psichici e cognitivi di origine perinatale può essere valutato intorno all'1-2% dei soggetti in età evolutiva. A questi vanno aggiunti i casi di patologia acuta e cronica ad insorgenza, sempre nell'età evolutiva, ma in epoca successiva a quella neonatale.

TABELLA VI

Popolazione residente ed indici di natalità, natimortalità, mortalità perinatale e mortalità infantile in Sardegna, espressi come percentuale (%) del totale della popolazione italiana nel censimento del 1981.

Tabella VI - anno 1981

Territorio	Popolazione N.	Popolazione %	Natalità %	Natimortalità %	Mortalità Perinatale %	Mortalità Infantile %
Italia	56.556.911	100	100	100	100	100
Sardegna	1.594.175	2,8	2,8	4,92	7,45	3,17

Ulteriore motivo di allarme per la nostra Regione è rappresentato dal fatto che nel corso degli ultimi 30 anni, di fronte ai progressi notevoli compiuti in altre zone d'Italia, in Sardegna si è verificato un mancato od insufficiente progresso, per cui pur nel miglioramento dei tassi di natimortalità, mortalità neonatale ed infantile, la Sardegna è regredita nel corso degli anni alle posizioni più basse della graduatoria nazionale per regioni (Tabelle IV, VII, VIII).

TABELLA VII

Anno 1951 — Numero di nati vivi, tassi di natalità e di mortalità in periodo perinatale ed infantile nelle Regioni d'Italia nel 1981.

REGIONI D'ITALIA	Nati vivi N.	Tasso di natalità ‰	Mortalità perinatale ‰	Natimortalità ‰	Mortalità neonatale precoce ‰	Mortalità neonatale totale ‰	Mortalità infantile ‰	Mortalità post-neonatale ‰
Piemonte	33.589	10,9	45,0	25,3	20,2	27,6	23,8	21,2
Val D'Aosta	1.456	19,5	40,4	19,5	21,3	30,5	71,4	30,9
Lombardia	97.785	15,1	42,4	20,8	22,1	30,5	61,5	31,0
Trentino Alto Adige	13.446	18,3	42,9	20,1	23,2	29,6	52,6	23,0
Veneto	70.122	18,3	38,8	19,8	19,4	26,8	46,9	20,1
Friuli Ven. Giulia	13.252	14,6	36,2	18,1	18,5	25,4	47,2	21,8
Liguria	15.702	10,0	51,0	30,0	21,7	27,2	41,1	13,9
Emilia - Romagna	47.974	13,7	46,1	23,0	23,6	31,0	45,4	14,4
Toscana	40.288	13,0	45,6	24,7	21,5	28,3	41,4	13,1
Umbria	12.814	16,0	55,2	34,1	21,9	30,5	43,6	13,1
Marche	23.031	17,1	50,0	26,8	23,8	32,2	49,4	17,2
Lazio	60.012	17,9	26,9	23,0	19,4	27,5	56,8	29,2
Abruzzo - Molise	32.843	20,3	60,8	41,6	20,1	34,8	76,4	41,6
Campania	106.080	24,7	55,9	39,5	17,0	30,3	77,4	47,1
Puglia	81.473	25,7	55,8	33,3	17,7	31,7	29,1	57,4
Basilicata	16.337	26,7	67,5	51,0	17,4	38,0	120,4	82,4
Calabria	55.128	28,0	54,5	37,9	17,2	32,5	85,6	53,1
Sicilia	101.187	23,0	53,9	37,9	16,5	29,0	80,6	51,6
Sardegna	32.813	26,1	40,3	25,9	14,8	24,3	69,0	44,7

TABELLA VIII

Anno 1981 — Numero di nati vivi, tassi di natalità e di mortalità in periodo perinatale ed infantile nelle Regioni d'Italia nel 1951.

REGIONI D'ITALIA	Nati vivi N.	Tasso di natalità ‰	Mortalità perinatale ‰	Natimortalità ‰	Mortalità neonatale precoce ‰	Mortalità neonatale totale ‰	Mortalità infantile ‰	Mortalità post-neonatale ‰
Piemonte	37.741	8,4	19,0	7,8	11,0	13,2	15,9	2,7
Val D'Aosta	829	7,3	9,1	2,3	7,2	7,8	11,4	3,6
Lombardia	84.787	9,5	14,0	6,3	7,6	9,5	11,9	2,4
Trentino Alto Adige	9.846	11,3	13,8	6,1	7,6	8,6	10,6	2,0
Veneto	42.402	9,8	14,2	6,6	7,4	8,9	11,0	2,1
Friuli Venezia Giulia	9.848	8,0	12,3	6,0	5,8	7,6	9,6	2,0
Liguria	12.363	6,3	14,0	5,9	7,7	10,3	11,8	1,5
Emilia Romagna	29.819	2,5	14,6	6,0	7,8	9,5	11,6	2,1
Toscana	29.399	8,2	16,6	6,6	9,7	11,5	13,0	1,5
Umbria	7.774	9,6	14,1	6,7	7,2	9,2	10,7	1,5
Marche	13.817	9,8	15,1	7,1	7,8	9,3	11,2	1,9
Lazio	55.376	11,1	15,4	7,3	7,7	9,9	12,2	2,3
Abruzzo	13.410	11,0	16,6	7,2	9,5	11,2	14,4	3,2
Molise	3.588	11,0	17,0	9,2	8,0	10,6	14,7	4,1
Campania	95.449	15,7	19,9	9,7	10,1	13,2	17,0	3,8
Puglia	57.510	14,9	21,0	8,9	12,0	14,7	18,0	3,3
Basilicata	7.278	12,0	18,3	9,3	10,3	10,7	10,3	5,6
Calabria	28.829	14,1	19,8	10,1	9,8	11,8	15,5	3,7
Sicilia	70.063	14,4	19,9	8,5	10,9	13,9	17,6	3,7
Sardegna	21.777	13,8	18,8	11,0	7,8	9,3	12,4	4,1

Questa situazione ha indotto l'Assessorato all'Igiene e Sanità della Regione Sarda, di concerto con il Gruppo di Lavoro di Neonatologia, a condurre un'indagine sulle strutture ospedaliere della Regione deputate all'assistenza materno-infantile. I dati raccolti mediante questa indagine hanno posto in evidenza numerose carenze, che rendono in parte ragione della poco soddisfacente posizione della Sardegna nel settore dell'Assistenza perinatale ed hanno fornito utili elementi per la stesura del presente documento.

Molti dei dati presentati nelle tabelle successive provengono appunto dalla suddetta indagine.

b) Finalità

Senza necessità di ulteriori approfondimenti bastano i dati riferiti precedentemente per giustificare l'urgenza di un intervento finalizzato nell'area della tutela della salute materno-infantile.

Inoltre, sulla base di documentate analisi in tutto il mondo, è noto che esiste una stretta correlazione tra gli indici di mortalità perinatale e l'incidenza di handicaps neuropsichici permanenti tra i soggetti sopravvissuti allo stesso periodo neonatale.

Per ridurre in tempi brevi i tassi di mortalità perinatale ed infantile, e quindi ridurre contemporaneamente la perdita precoce di vite umane e l'insorgenza di handicaps, è necessario agire sulle cause della mortalità infantile e perinatale; queste a loro volta dipendono dai seguenti fattori principali:

— fattori di natura medico-biologica;

— fattori di natura sociale;

— fattori di natura organizzativa, della domanda di salute e della risposta sanitaria.

Pertanto, la finalità del progetto-obiettivo viene sintetizzata nei seguenti punti:

a) educazione della coppia in funzione della procreazione e dell'allevamento della prole;

b) tutela sanitaria e sociale della donna durante la gravidanza, il parto e l'allattamento e vigilanza sull'osservanza delle norme di tutela delle lavoratrici madri;

c) assistenza al neonato in sala parto e nell'immediato periodo neonatale;

d) tutela della salute psico-fisica in età evolutiva.

Considerando che negli ultimi anni i tassi di mortalità perinatale ed infantile si sono ridotti di circa un punto per anno pur in assenza di interventi finalizzati, si può proporre, come traguardo del progetto-obiettivo nell'arco del triennio, l'abbassamento dei quozienti di mortalità perinatale ed infantile di circa 5-6 punti.

c) Gli obiettivi strategici

Viene individuato come obiettivo strategico principale la riduzione della mortalità feto-neonatale per le seguenti motivazioni:

a) il periodo perinatale rappresenta il periodo di massimo rischio di morte e di handicaps psicofisici futuri.

Infatti, considerando la mortalità perinatale (di cui alla Tabella III), la cifra di 431 unità nel 1981 sottolinea l'alto costo di vite umane pagato dalla popolazione sarda nel periodo perinatale stesso;

b) la mortalità infantile dipende in massima parte dalla mortalità neonatale. Dei 278 morti nel 1° anno di vita in Sardegna nel 1981, 164 (59,0%) sono morti nella 1ª settimana di vita ed altri 27 (9,7%) nel periodo neonatale tardivo (Tabella IX). Quindi, poiché la mortalità infantile si verifica per quasi il 70% nel periodo neonatale, sarà soprattutto la riduzione della mortalità neonatale che potrà determinare una riduzione della mortalità infantile.

TABELLA IX

Mortalità neonatale ed infantile in Sardegna nel 1981 (Dati ISTAT).

Totale morti nel 1° anno di vita	Mortalità neonatale precoce (1-7 giorni)	Mortalità neonatale tardiva (8-30 giorni)	Mortalità post neonatale (1 mese - 1 anno)
n. 278	164	27	87
% 100	59	9,7	31,3

Stabilità quindi che deve essere privilegiato l'intervento nel periodo perinatale, è necessario svolgere una contemporanea azione nei seguenti settori che costituiscono altrettanti obiettivi strategici:

In epoca preconcezionale

a) educazione sanitaria della popolazione;

b) attività dei consultori familiari e dei poliambulatori specialistici;

c) individuazione dei fattori di rischio genetico;

d) protezione della salute femminile in genere e nell'ambiente di lavoro in particolare.

Gli interventi e gli investimenti di risorse in questi settori, e particolarmente in quello sociale ed educativo, possono produrre importanti risultati in termini di salute. E' fuori discussione che in questi settori, utilizzando mezzi semplici e poco costosi, ma capaci — proprio per la loro semplicità — di raggiungere il maggior numero di persone, si realizzano a medio e lungo termine i risultati più importanti.

Infatti i tassi di mortalità, di natalità e di mortalità post-natale sono prevalentemente legati a fattori di carattere socio-ambientale (educazione sanitaria, condizioni igieniche della popolazione, stato nutrizionale, infezioni, ecc.). Ciò deve essere motivo di riflessione per una corretta organizzazione della educazione sanitaria e della prevenzione primaria nel nostro territorio.

Anche la riduzione della maternità può contribuire ad un abbassamento della mortalità neonatale, in quanto si accompagna generalmente ad una minore frequenza di alcuni fattori di rischio (quali, ad esempio, la multiparità, il numero di soggetti con basso peso alla nascita, il numero di nati da donne in età avanzata od appartenenti alle classi socio-economiche meno avvantaggiate).

Un aspetto particolarmente importante dell'assistenza materno-infantile, soprattutto dal punto di vista preventivo, è quello delle malattie genetiche. E' noto infatti che il numero delle malattie per le quali si riconosce un'origine totalmente o parzialmente genetica è sempre più elevato. Attualmente si calcola che 1 persona su 20 nasca con anomalie di causa genetica, anche se non necessariamente queste anomalie esprimono il loro danno già alla nascita, ma possono manifestarsi in epoche successive della vita od addirittura nelle generazioni seguenti.

E' inoltre da sottolineare che, quando queste anomalie assumono un'espressione clinica, nella grande maggioranza dei casi la sintomatologia è neurologica e psichica e risulta gravemente invalidante per il bambino.

Tra le malattie genetiche la β-talassemia (β-tal.) è la malattia ereditaria più frequente in Sardegna.

L'incidenza dell'omozigote alla nascita in assenza di prevenzione è di 1:250 nati vivi e pertanto si configura in un ordine di grandezza superiore rispetto alla malattia ereditaria autosomica recessiva più frequente nella razza bianca e cioè la fibrosi cistica, che ha una incidenza di 1:2500 nati vivi.

La frequenza dei portatori, sebbene con una certa variabilità da zona a zona, è del 13% e le coppie formate da due portatori (coppie a rischio) sono 1 su 60. In cifre assolute sono censiti circa 1.500 omozigoti β-tal., ed il numero dei portatori sani in tutta l'Isola dovrebbero essere di circa 200.000.

Nella tabella X viene riportata la distribuzione per provincie della β-talassemia.

TABELLA X

Incidenza della β-Talassemia in Sardegna.

Incidenza Eterozig. %	Cagliari	Oristano	Nuoro	Sassari
Omozig. censiti	12,9	12,9	11,8	11,6
Omozig. su 1000 nati vivi	843	50	257	308
Coppie a rischio feconde prev.	1/226	1/176	1/297	1/367
	1200/1500	200-300		600-800

La grande quantità di conoscenze acquisite negli ultimi anni sulle anomalie a carattere ereditario — sia nel campo delle malformazioni e della sterilità, come in quello degli errori congeniti del metabolismo o dell'immunità, e delle anomalie cromosomiche — permette ora di migliorare la diagnosi, la prevenzione e, ove possibile, la terapia dei disordini ereditari.

In gravidanza

Due premesse fondamentali individuano la necessità dei controlli durante la gravidanza:

a) nessuna gravidanza può essere definita a priori priva di rischio;

b) esistono numerosi fattori la cui presenza, isolata od in associazione, indica l'esistenza di rischi più elevati. Questi saranno tanto più probabili quanto più numerosi o pericolosi sono i fattori di rischio presenti (ad esempio diabete, insoimmunizzazione Rh, lue, ecc.).

Da queste premesse deriva che, pur non potendo escludere per nessuna gravidanza un certo rischio, esistono e sono individuabili precocemente gravidanze «a rischio elevato» per la madre, il feto, il neonato.

Da un corretto controllo della gravidanza e dall'individuazione delle gravidanze a rischio dipende la possibilità di programmare tutte le misure di assistenza alla gravidanza, al parto ed al neonato in modo da incidere positivamente sulla salute materna e su quella fetale e neonatale così da ridurre possibilmente a zero la mortalità materna in occasione del parto e da ridurre drasticamente i pericoli fetali e neonatali

Durante il parto

Il parto rappresenta il momento di massimo rischio fetale e neonatale per cui costituisce anche l'obiettivo di massimo impegno del progetto-obiettivo.

Affinché dall'impiego dei mezzi tecnici, delle strutture, del personale sanitario e dall'impegno dei responsabili della politica sanitaria derivi effettivamente una consistente riduzione della mortalità perinatale e degli handicaps che hanno origine da tale periodo di vita, è necessario focalizzare gli interventi sui seguenti punti principali:

a) riduzione dei parti a domicilio. Nella Regione Sarda il parto a domicilio rappresenta ancora il 16% delle nascite totali con punte particolamente elevate nelle Province di Nuoro ed Oristano (Tabella XI).

Queste cifre sono assai più elevate di quelle riscontrate in altre Regioni Italiane con una organizzazione socio-sanitaria più avanzata e dovrebbero essere ridotte, almeno fino a quando il parto a domicilio non offrirà maggiori garanzie.

TABELLA XI

Parti a domicilio in Sardegna nel 1979 suddivisi per Provincia. (Dati desunti dall'indagine finalizzata).

Parti a domicilio	Cagliari	Sassari	Nuoro	Oristano	Regione
(% sul totale dei parti)	11,9	9,0	33,8	27,0	16,1

b) potenziamento dell'assistenza al parto in strutture ospedaliere idonee, per personale ed attrezzature, a garantire alla partoriente ed al neonato livelli di assistenza irrinunciabili, quali la presenza di una guardia-ostetrica, pediatrica ed anestesiologica.

Affinché le strutture ostetriche possano rispondere a queste esigenze con il massimo rendimento ed il minimo costo di esercizio, devono poter raggiungere dimensioni ottimali, determinate da un lato dal movimento ambulatoriale, dal numero dei ricoveri e dall'utilizzo delle attrezzature e dall'altro dalla consistenza del personale e delle attrezzature stesse.

Questi principi, ormai universalmente accettati e ribaditi dalla «Guida e raccomandazioni per l'assistenza ostetrico-pediatrica ospedaliera» della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia e della Società Italiana di Pediatria, hanno trovato anche recente conferma nella relazione del Senato sul progetto-obiettivo materno-infantile

La struttura ostetrica ottimale dovrebbe avere un numero di parti compreso tra 1000 e 1500 parti/anno, corrispondente, per una natalità del 15‰ (1979) ad un bacino di utenza di 70.000-100.000 abitanti.

Divisioni ostetriche al disotto di detti parametri sbilanciano il rapporto ottimale tra costi e benefici e dovrebbero essere eliminate o fuse tra loro per i seguenti motivi:

a) per assicurare standards minimi di assistenza (guardia ostetrica, guardia pediatrica, controllo della gravidanza e del parto) anche le strutture con 500-1000 parti/anno dovrebbero avere una dotazione in personale ed attrezzature simile a quella delle Divisioni ottimali; ciò evidentemente rende antieconomica la loro gestione;

b) non è ipotizzabile per strutture con 500-1000 parti/anno rendere economica la gestione risparmiando sul personale e le attrezzature. Quanto sopra infatti si rifletterebbe sul livello di assistenza e quindi vanificherebbe le finalità stesse del progetto-obiettivo;

c) divisioni ostetriche di dimensioni minime (meno di 500 parti/anno) non possono garantire né livelli assistenziali idonei (a meno di costo di esercizio elevatissimi), né sufficiente qualificazione del personale, per cui in linea di massima dovrebbero essere soppresse. Solo condizioni demografiche e culturali del tutto particolari, come verrà chiarito nella parte di applicazione del progetto-obiettivo, potranno giustificare la sussistenza in alcuni territori di piccole strutture che, rispondendo a requisiti minimi, garantiscano una adeguata ed omogenea assistenza a popolazioni limitate;

d) concentrazione delle gravidanze «a rischio» in pochi Centri, disposti strategicamente nel territorio. Poiché l'assistenza al parto «a rischio» è sensibilmente più impegnativa e costosa rispetto alla assistenza al parto normale, per la necessità di apparecchiature diagnostico-assistenziali sofisticate e l'esigenza di poter disporre ininterrottamente di tutti i servizi di un grosso complesso ospedaliero (radiologia, laboratorio, consulenze specialistiche), è evidente che è conveniente concentrare in pochi luoghi tali attrezzature e utilizzarle il più possibile, anziché moltiplicarle sul territorio utilizzandole insufficientemente.

Ciò appare molto più logico se si tiene conto che la qualificazione del personale medico e para-medico ed il corretto uso delle attrezzature diagnostico-assistenziali è in diretto rapporto con la possibilità di operare su una casistica sufficientemente ampia

In strutture con una frequenza di parti inferiore a 1500/2000 per anno mancherebbe il materiale necessario per mantenere ad un livello di qualificazione sufficiente il personale e vi sarebbe una sottoutilizzazione delle attrezzature.

Infine l'esito di una gravidanza «a rischio» è spesso un neonato «a rischio» che deve essere quindi ricoverato ed assistito in strutture idonee per la terapia intensiva neonatale. E' infatti dimostrato che agli effetti della sopravvivenza o della integrità psico-fisica del neonato è preferibile inviare la gravida «a rischio» in Ospedali dove esista anche la terapia intensiva neonatale, anziché trasportare un neonato con necessità di terapia intensiva, poiché il miglior sistema di trasporto per il neonato, sano o malato, è sempre il grembo materno.

Comunque, in ogni caso di morte materna per causa di parto, deve essere effettuata una accurata indagine medico-sociale e medico-legale, i cui risultati debbono essere comunicati all'Assessorato alla Sanità della Regione ed al Ministero della Sanità.

Nel periodo neonatale

Gli interventi nel periodo neonatale devono riguardare sia i neonati sani che quelli con patologia di varia natura.

a) Controllo sistematico di tutti i neonati da parte del pediatra.

Poiché in qualunque parto può verificarsi l'evento imprevisto, ma soprattutto nelle gravidanze a rischio è probabile la necessità dell'intervento urgente e qualificato per la rianimazione del neonato o per le cure urgenti al neonato sofferente, nelle strutture con elevato numero di parti/anno e nelle Sezioni per gravidanza a rischio è necessaria la presenza del pediatra neonatologo ad ogni parto, 24 ore su 24.

Comunque, anche nelle strutture ove non sia possibile o non giustificata dal numero di parti la presenza di una équipe di neonatologi adibiti esclusivamente alle cure del neonato, deve essere presente sempre un organico di pediatri che assicuri, per tutti i neonati un controllo entro le prime 12 ore dal parto e successivamente durante il periodo neonatale precoce, in modo da individuare tempestivamente ed intervenire con rapidità su tutte quelle condizioni che possano costituire un pericolo per la vita o l'integrità psico-fisica dei neonati.

E' necessario che l'équipe pediatrica collabori intimamente con quella ostetrica, soprattutto per quanto riguarda la promozione dell'allattamento al seno, attuando, ove possibile, rooming-in. Deve altresì utilizzare la consulenza del neuropsichiatra infantile per i casi con sospetta compromissione neurologica. Inoltre, prima della dimissione della madre e del neonato dall'Ospedale, il pediatra deve fornire alla donna tutti quei consigli e quelle indicazioni necessarie per un corretto allevamento del bambino e per una efficace utilizzazione dei Servizi socio-sanitari disponibili sul territorio (consultori, ambulatori specialistici).

b) Assistenza al neonato patologico.

Tenendo presente l'obiettivo principale, cioè la tutela della salute materno-infantile, per la cura del neonato patologico si scontrano due contrastanti esigenze:

a) fornire al neonato patologico tutta l'assistenza medica e strumentale necessaria per la guarigione senza reliquati;

b) evitare, ogni volta che sia possibile, la separazione madre-figlio per i suoi effetti negativi su entrambi.

Per il primo aspetto la soluzione economicamente più conveniente sarebbe quella di concentrare tutti i neonati patologici in pochi Centri di cura di dimensioni ottimali.

Tuttavia alcuni quadri patologici neonatale (nati di peso tra 2000 e 2500 gr., itteri neonatali in osservazione, quadri di patologia minore) in realtà non richiedono l'uso di attrezzature eccezionali od un rapporto personale/neonati patologici così elevato, quale quello dei Centri di Patologia Neonatale. Pertanto, negli ospedali ove si verifichi un sufficiente numero di nascite, è utile che esista una Sezione di Patologia Neonatale, per la cura in loco di quadri di patologia neonatale minore, senza separazione del neonato dalla madre.

Calcolando che l'incidenza dei nato patologici è del 15% circa, si può presumere che l'alta percentuale di G6PD carenti in Sardegna, aumentando sensibilmente la frequenza degli itteri neonatali, porti la percentuale di neonati patologici al 20%, corrispondenti a 100-200 neonati patologici all'anno per ospedali con 500-1000 nati/anno. Con la Sezione di patologia Neonatale si potrebbe evitare, in questi ospedali, il trasferimento annuale di un numero rilevante di neonati ad ospedali di altre città.

Per i casi di patologia neonatale più impegnativi (prematuri di peso inferiore ai 1800-2000 gr., necessità di terapia intensiva od assistenza respiratoria), è necessario che esistano Sezioni di Terapia Intensiva Neonatale. Per la migliore utilizzazione delle risorse e bene che le Sezioni di Terapia Intensiva Neonatale abbiano un bacino di utenza di almeno 5000

nati/anno e siano dislocate nei punti ove vi è la maggiore concentrazione di nascite.

Nelle sedi ove la concentrazione delle nascite presuppone un alto numero di neonati patologici, è necessaria anche la presenza di Divisioni di Patologia Neonatale (alle quali le Sezioni di terapia Intensiva devono essere aggregate ove possibile).

Presupposto per ottenere i migliori risultati e che, ovunque le strutture lo consentano, le Divisioni di Pediatria ed Ostetricia siano situate nello stesso edificio e possibilmente contigue.

Per ogni parto deve essere disponibile, in assenza del neonatologo o dell'anestesista rianimatore, una persona addestrata alla rianimazione ed alle prime cure del neonato in sala parto.

c) Trasporto del neonato patologo.
Premesso che di norma il neonato a rischio dovrebbe nascere nelle sedi dove sia disponibile un'assistenza immediata ed intensiva, qualora ciò non accada il trasporto del neonato patologico dal luogo di nascita alle Sezioni di Patologia Neonatale od alle Sezioni di Terapia Intensiva Neonatale deve avvenire in termini corretti. Attualmente, come risulta dall'indagine effettuata in tutta la Regione, il neonato patologico viene trasportato in modo scorretto, a cura dei familiari o con i più svariati mezzi, in contenitori più o meno artigianali, che non garantiscono al neonato sofferente adeguato riscaldamento od assistenza, per cui spesso questi giunge alle Sezioni di Terapia Intensiva in ipotermia (con temperatura inferiore a 34 °C o con ustioni da borse di acqua calda, cianotico o soffocato dalle coperte. Al danno presente al momento di partenza si aggiunge in tal modo il danno di un trasporto non razionale, aggravando inevitabilmente la prognosi per la sopravvivenza senza danni o per la sopravvivenza stessa.

d) Controlli successivi.

Sebbene una corretta assistenza in gravidanza e nel periodo neonatale riducano sensibilmente non solo la perdita di vite ma anche gli esiti neuropsichici a distanza, il rischio permane soprattutto per alcune categorie di soggetti.

Quindi, tutti i neonati che hanno presentato condizioni patologiche alla nascita (ittero, basso peso, sofferenza anosico emorragica cerebrale, asfissia più o meno intensa, ecc.) e che, come detto precedentemente, ammontano al 15% circa dei nati vivi, devono essere considerati a «rischio» per l'insorgenza di handicaps psicomotori, uditivi, visivi, respiratori futuri.

Per questi neonati, quindi, non è sufficiente l'assistenza pediatrica qualificata fin dai primi minuti di vita, ma sono necessari anche controlli periodici globali successivi alla dimissione dalle Divisioni o Sezioni di Patologia Neonatale, in modo da individuare eventuali handicaps fin dai primi segni ed intervenire precocemente con la terapia riabilitativa, specie in collaborazione con l'équipe di neuropsichiatria infantile.

NELL'ETA' EVOLUTIVA

L'obiettivo della tutela infantile, pur riconoscendo al periodo perinatale il momento che richiede maggior impegno tecnico-organizzativo, viene completato in modo organico dalla estensione della tutela della salute al periodo post-neonatale ed a tutta l'età evolutiva.

Nel corso degli anni la mortalità dopo il 1° mese di vita ha subito la più drastica riduzione (90%) tra tutte le componenti della mortalità infantile, passando dal 36,8‰ e 44,7‰ rispettivamente in Italia ed in Sardegna nel 1951, al 3,0‰ e 4,0‰ nel 1981 (Vedi tabella V). I risultati raggiunti, per quanto sostanziali, devono essere ancora migliorati, proponendosi come obiettivi la scomparsa quasi completa, come avviene nelle nazioni più avanzate, delle morti infantili per infezioni e disturbi nutrizionali o carenziali e la prevenzione delle malattie genetiche, delle malformazioni, dei tumori, handicaps neuropsichici e degli accidenti, e per quanto riguarda la nostra Regione, la drastica riduzione dell'incidenza alla nascita di omozigoti β talassemici.

A tale scopo fondamentale importanza assumono i controlli periodici del bambino nel suo insieme, in modo da fornire per ogni individuo nei vari stadi evolutivi, e particolarmente nei primi tre anni di vita, dei veri e propri bilanci di salute, con riferimento anche allo sviluppo psico-motorio. E' questa l'area delle «cure primarie», alla quale va dato il massimo impulso potenziando il sistema consultoriale e poliambulatoriale, intra ed extraospedaliero, in posizione intermedia tra cure primarie di base e cure ospedaliere e quindi come filtro per l'ospedalizzazione.

Per quanto concerne in particolare il rischio neuropsichico, esso risulta molto più elevato durante i primi anni di vita dell'individuo, quando questi è particolarmente vulnerabile sia sul piano organico che relazionale. La prevenzione, pur iniziando dal concepimento e continuando per tutta la durata della gravidanza, riconosce precisi momenti di drammatica importanza in epoca perinatale e durante il primo

anno di vita, così come poi all'epoca dell'impatto con le istituzioni educative di massa (dall'asilo nido alla scuola dell'obbligo).

Le competenze del neuropsichiatra, infantile, cui si farà cenno in seguito, rispondono quindi a precisi bisogni del soggetto in età evolutiva, bisogni che possono essere riuniti in tre vaste aree.

La prima è quella risultante dagli inserimenti extrafamiliari (dall'asilo nido alla scuola dell'obbligo) dai quali derivano, con notevole frequenza e per cause inerenti al bambino od all'istituzione, difficoltà di adattamento o di apprendimento. In questi casi la competenza neuropsichiatrica infantile concorrerà alla definizione del programma terapeutico o riabilitativo, ed ai controlli periodici interdisciplinari.

La seconda (area 2) e quella del precoce inquadramento diagnostico e dell'impostazione terapeutica, con relativi controlli, del danno neuromotorio, delle anomalie di sviluppo dell'apprendimento, delle distorsioni del processo cognitivo, delle anomalie e distorsioni dello sviluppo affettivo e relazionale; rientrano in quest'area la diagnosi e la cura delle epilessie, e tutta la diagnostica neurologica.

La terza (area 3) è quella connessa a prestazioni diagnostiche e terapeutiche complesse o rare (encefalopatie croniche e progressive, epilessie farmacoresistenti, malattie muscolari, psicosi, aspetti particolarmente problematici della neurofisiatria e della neuropsicologia, interventi di prevenzione psichica per le malattie croniche all'interno dell'ospedale pediatrico, ecc.).

In ogni caso, il futuro indirizzo operativo per la tutela della salute nell'età evolutiva sarà rivolto ad un salto di qualità, passando dalla ospedalizzazione indiscriminata per difetto di strutture e personale adeguati sul territorio, ad una spedalizzazione selezionata, con maggiore impulso alla utilizzazione delle strutture non legate a ricovero (Day-Hospital), ambulatori specialistici, sorveglianza dello stato di salute della popolazione, prevenzione primaria).

a) Gli strumenti.

La scelta degli strumenti per l'attuazione del progetto-obiettivo deriva dall'indagine sulla situazione esistente in Sardegna.

Gli interventi vengono quindi indicati in base alla stima dei fabbisogni, in modo da ottenere dalle risorse già presenti e da quelle disponibili nel triennio del piano i risultati più utili.

In linea di massima l'attuazione del progetto-obiettivo fa riferimento agli strumenti qui appresso indicati ed alle conseguenti modalità di intervento.

I CONSULTORI FAMILIARI

Si fa riferimento al servizio di base espletato dai consultori familiari istituiti con la Legge Regionale dell'8.3.1979, n. 8.

Ai consultori familiari spetta il compito di aggregare tutti i servizi del territorio concernenti le tematiche familiari, ed in particolare di soddisfare i bisogni d'ordine sanitario, psicologico, demografico, assistenziale dell'individuo, della coppia, della famiglia.

L'attività del consultorio familiare secondo gli scopi di cui all'articolo 1 della Legge 29 luglio 1975, n. 405, e all'articolo 2 della Legge 22 maggio 1978, n. 194, si esplica con:

a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;

b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile, nel rispetto delle convinzioni etiche e della integrità fisica degli utenti;

c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;

d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza, consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso;

e) l'informazione sui diritti spettanti alla donna che si ponga il problema di interrompere la gravidanza, in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali ed assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

f) l'informazione sulle modalità idonee ad ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;

g) l'attuazione diretta di questi servizi proponendo od all'ente locale competente od alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera e);

h) ogni intervento idoneo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

I POLIAMBULATORI SPECIALISTICI

E' compito delle Unità Sanitarie Locali organizzare nei poliambulatori ospedalieri ed extraospedalieri la presenza delle specialità di ostetricia e ginecologia, di pediatria, di pediatria preventiva, di puericultura e di neuropsichiatria infantile.

A detti poliambulatori sono affidati i controlli in gravidanza, con selezione delle gravidanze a rischio, l'avviamento delle donne alle strutture ospedaliere per il parto (per ridurre il parto a domicilio) ed i controlli pediatrici sul bambino sano ed ammalato durante tutta l'età evolutiva.

1. Ambulatori ostetrico-ginecologici.

1.1. Controlli in gravidanza.

Il fabbisogno dei controlli in gravidanza può essere ricavato dalla incidenza delle gravidanze in Sardegna (vedi Tabella XII).

TABELLA XII

Numero di nascite in ospedale ed a domicilio e numero di aborti in ospedale, in Sardegna e nelle Provincie nel 1979 (Indagine finalizzata).

Gravidanze	Cagliari	Sassari	Nuoro	Oristano	Totale
Nati vivi + nati morti	11.358	6.399	4.014	2.170	23.941
Aborti spontanei e ter. ospedalieri	1.813	1.493	418	263	3.987
Inter. volontarie	1.627	1.787	416	596	4.426

Pur riconoscendo la necessità di almeno 9 controlli ostetrici in gravidanza, può essere accettabile nel primo triennio del Piano un fabbisogno minimo di 6 controlli ostetrici per gravidanza giunta a termine e di 1 controllo ostetrico per gravidanza esitata in aborto spontaneo, terapeutico o volontario; si ricava così il fabbisogno minimo per Provincia ed il totale dei controlli ostetrici (vedi Tabella XIII).

Questo fabbisogno corrisponde, per la popolazione attuale, a 950 controlli per anno per 10.000 abitanti.

TABELLA XIII

Fabbisogno di controlli ostetrici in un anno per la Sardegna (calcolato sui dati del 1979).

Controlli ostetrici	Cagliari	Sassari	Nuoro	Oristano	Totale
Nati vivi + nati morti x 6	68.178	38.394	24.084	13.020	143.646
Aborti spontanei ter. o volontari	3.440	3.280	934	859	8.413
Totale	71.618	41.674	25.018	13.879	152.059

L'attività ambulatoriale ostetrica viene pertanto così quantificata:

— 4 visite all'ora = 950: 4 = 237,5 ore di ambulatorio ostetrico per 10.000 abitanti/anno.

Mediante detti controlli vengono raggiunti i seguenti obiettivi:

— preparazione di una scheda ostetrica che accompagni ogni gravidanza fino al termine ed avviamento della donna per il parto in ospedale;

— identificazione delle gravidanze a rischio, da inviare per ulteriori controlli e per il parto presso i centri che dispongono di Sezioni per gravidanza a rischio.

1.2. Riduzione dei parti a domicilio.

Dalla Tabella XIV risulta la notevole disparità tra le Provincie della frequenza dei parti a domicilio, con una incidenza particolarmente elevata in quelle Province che utilizzano in minor misura le strutture sanitarie soprattutto a causa della conformazione orografica del territorio, della scarsezza di vie di comunicazione e delle tradizionali abitudini culturali.

TABELLA XIV

Nascite ospedaliere ed a domicilio nelle Provincie

Nascite		Cagliari	Sassari	Nuoro	Oristano	Totale
Nati in strutture ospedaliere nel 1979	N.	10.011	5.823	2.656	1.585	20.075
	%	88.1	91.0	66.2	73.0	83.9
Nati a domicilio nel 1979	N.	1.347	576	1.358	585	3.866
	%	11.9	9.0	33.8	27.0	16.1
Totale	N.	11.358	6.399	4.014	2.170	23.941

Per ovviare a tale fenomeno, oltre alle misure di carattere generale, costituite dalla informazione ed educazione sanitaria, dovrà essere sollecitata la attività del medico di fiducia, in collegamento con i Consultori familiari, per indirizzare la gravida alla visita ostetrica nei poliambulatori specialistici.

Inoltre le ostetriche condotte, con la diminuzione dei parti domiciliari, dovranno essere riqualificate per esercitare prevalentemente la funzione di educazione sanitaria, che comporta anche la compilazione e l'aggiornamento delle schede ostetriche e l'intervento attivo per far rispettare il programma di visite ostetriche necessarie.

Per i parti che ancora avvengono a domicilio, è indispensabile ed urgente l'aggiornamento degli operatori sanitari locali (medico di base ed ostetrica) sui problemi più importanti dell'assistenza al neonato, in modo da evitare, anche a domicilio, la mancanza di interventi tempestivi e corretti, o, al contrario, trattamenti potenzialmente pericolosi per il neonato, in attesa del suo trasferimento nel più idoneo reparto neonatale. Un secondo punto di intervento, affrontato nel capitolo seguente, sarà rappresentato dal potenziamento delle strutture ospedaliere nelle zone nelle quali è maggiore l'incidenza del parto a domicilio.

2. Ambulatori pediatrici.

2.1. Controlli pediatrici di routine.

L'organizzazione Mondiale della Sanità definisce come «cure primarie», quell'insieme di «istruzioni e cure di primo intervento, fornite da persone o gruppi di persone, a scopo preventivo o curativo, da uno o più componenti delle professioni di salute o di professioni ad essa collegate, che agiscono da soli o in team (équipe)». E' chiaro che, secondo questa definizione, fatta propria della Società Italiana di Pediatria, una parte dell'area delle cure primarie è coperta dai Consultori. In questi agisce, infatti, il cosiddetto «team nucleare», composto dal medico, dalla infermiera e dall'assistente sociale. Esiste però anche la necessità di un «team multiplo», che si realizza più opportunamente nei Poliambulatori e specialmente in quelli collocati nelle strutture ospedaliere, dove, accanto al nucleo di operatori sanitari testè nominati, si affianchino altre competenze specialistiche (per es. il neuropsichiatra infantile, lo psicologo, il fisioterapista, il cardiologo, ecc.). In ogni caso il medico responsabile della salute del bambino deve possedere «competenza pediatrica», egli deve cioè essere specialista in Pediatria o Pediatria preventiva o Puericultura.

Per l'attività prevalentemente preventiva elencata sopra, risulta opportuna la nuova figura professionale dello specialista in Pediatria Preventiva, istituita con D.P.R. del 31.10.1981, n. 1062, G.U. 17.3.1982, n. 74.

Uno dei compiti principali di detti ambulatori, sia che abbiano sede nel Consultorio come nel poliambulatorio sia intra che extraospedaliero è quello di effettuare dei periodici «bilanci di salute», da riportare su un libretto sanitario. Tale libretto, che comprende anche la scheda neonatale sul decorso della prima settimana di vita, deve accompagnare il soggetto durante tutta l'età evolutiva. Quindi dopo il controllo pediatrico nella prima settimana di vita ed i cui risultati vanno trascritti nella scheda neonatale, è suggerito un controllo domiciliare (anche da parte del personale paramedico) a 15 giorni. Le epoche suggerite per i successivi bilanci di salute sono le seguenti: 3, 6, 9 e 12 mesi, 2 anni, 3 anni e 4 anni. Altri controlli potranno essere effettuati in seguito, eventualmente anche tramite il Servizio di Medicina Scolastica. Durante detti controlli dovrà essere accertata l'avvenuta effettuazione delle vaccinazioni previste dalle norme in vigore e la corretta compilazione del libretto sanitario secondo le modalità e per i fini previsti dall'articolo 27 della Legge 833/1978.

Altri compiti degli ambulatori pediatrici sono da riportare alle funzioni di consulenza e di accertamento di laboratorio a scopo diagnostico, per cui la organizzazione dell'assistenza pediatrica nell'età evolutiva nel suo insieme va organizzata secondo le seguenti linee:

Ambulatori Pediatrici delle UU.SS.LL.:

— Ambulatori pediatrici ospedalieri, con le seguenti funzioni:
  - controlli dei bambini precedentemente ricoverati;
  - cura delle malattie croniche (in bambini precedentemente ricoverati o meno);
  - compiti preventivi (bilanci di salute), diagnostici e curativi, con attività aperta al territorio secondo le esigenze individuate da ciascuna Unità Sanitaria Locale anche in relazione agli altri ambulatori pediatrici extraospedalieri.

— Ambulatori pediatrici extraospedalieri:
  - in funzione di consulenza e diagnosi;
  - per i bilanci di salute.

Assistenza pediatrica in regime di convenzione unica:

Il fabbisogno di pediatri preventivi e di puericultori per le attività ambulatoriali e per la gestione della convenzione unica può essere così calcolato:

— popolazione da 0 a 13 anni completi, pari in Sardegna a 389.277, corrispondente al 24,31% della popolazione totale (1979) (vedi tabella XV);

— popolazione da 0 a 11 anni completi, calcolabile equivalente a 12/14 di 389.666, corrispondente al 20,84% della popolazione totale sarda al 1979;

— pediatri o pediatri preventivi o puericultori necessari per l'assistenza di base: 1 ogni 700 soggetti in età pediatrica. ossia 3 ogni 10.000 abitanti;

— fabbisogno complessivo di specialisti in discipline pediatriche: 4 ogni 10.000 abitanti, uguale a 640 per l'intera regione.

Poiché la disponibilità attuale di pediatri è inferiore al fabbisogno si rende necessario:

— richiedere la collaborazione delle Università per la formazione di specialisti in pediatria o pediatria preventiva.
Con delibera regionale n. 49/112 del 30.12.1981 sono state istituite n. 125 borse di studio per la formazione di specialisti occorrenti, 4 di queste sono state destinate alla formazione di pediatri preventivi e 10 alla formazione di pediatri.

— utilizzare preferibilmente i pediatri od i puericultori attualmente disponibili nelle strutture ambulatoriali per estendere alla maggior parte dei bambini l'assistenza pediatrica preventiva e diagnostica. In un secondo tempo, quando saranno disponibili gli specialisti in pediatria ed in pediatria preventiva per coprire il fabbisogno, potrà essere valutata l'opportunità di mantenere distinte le figure di specialisti, l'ambulatoriale ed il pediatra curante.

TABELLA XV

Situazione della popolazione in Sardegna al 1979 suddivisa in maschi, femmine ed età pediatrica.

ETA	M	F	TOTALE
0-13 anni	200.233	189.044	389.277
14 anni e successivi	595.401	616.908	1.212.309
Totale generale	795.634	805.952	1.601.586
15-45 anni			351.183

2.2. Controlli per bambini a rischio.

Più complesso è il discorso per quanto riguarda i neonati «a rischio», dimessi dai reparti di Patologia Neonatale. In questi soggetti, infatti, spesso si sovrappongono problemi neuro-psichici a problemi pediatrici in senso stretto; pertanto il controllo ambulatoriale di questi bambini deve prevedere la valutazione dell'evoluzione psicomotoria — una delle soluzioni raccomandate è quella di un'équipe costituita dal pediatra-neonatologo e dal neuropsichiatra infantile, affiancati da personale paramedico competente in questo settore. Naturalmente i bambini da controllare devono essere accompagnati da una scheda contenente le informazioni più importanti sul periodo perinatale, rilasciata al momento della dimissione dal reparto di patologia neonatale.

Peraltro la soluzione che attualmente raccoglie sempre più ampi consensi individua nella stessa équipe delle Divisioni di Patologia Neonatale le figure ideali per i controlli periodici in quanto i rischi di handicap sono non soltanto psicomotori, ma anche audiologici, visivi, respiratori, ortopedici, ecc.. Inoltre i sanitari che operano nelle strutture di Patologia Neonatale, conoscendo la storia perinatale dei soggetti già ricoverati ed i rischi evolutivi ad essa connessi, sono in grado di individuare precocemente, perché attese, quelle situazioni invalidanti che per il manifestarsi a distanza di tempo dall'evento causale, spesso nella fase iniziale sfuggono sia ai familiari che al medico di famiglia. Come pediatri, infine, hanno familiarità con tutti i problemi del bambino e possono evidenziare la pluralità dei possibili handicaps, senza perdere di vista l'esigenza inderogabile di considerare il bambino nel suo insieme e non come una somma di diversi organi, ciascuno di competenza dei diversi specialisti. A questi ultimi, viceversa, è demandato l'intervento di secondo livello per l'approfondimento diagnostico e l'intervento riabilitativo dei bambini con handicap accertato o sospetto. Nella Provincia di Sassari, l'esistenza di un Istituto di Neuropsichiatria Infantile rende possibile l'attività collegiale del neuropsichiatra e del neonatologo, specialmente ove si realizzasse la struttura dipartimentale proposta in altra parte di questo progetto-obiettivo. Per quanto riguarda invece le altre Province i controlli dovranno essere organizzati dai Reparti di Patologia Neonatale, cui dovrà essere assicurata in tempi brevi la collaborazione di adeguati servizi di neuropsichiatria infantile.

STRUTTURE OSPEDALIERE
PER L'ASSISTENZA AL PARTO

L'indice posti letto/popolazione per dimensionare le strutture ospedaliere è pari a 0,6 p.l. ‰ abitanti. La situazione della Sardegna corrisponde in linea di massima a questo indice anche se nella distribuzione per Province la proporzione non viene rispettata completamente, ponendo il problema di una più rispondente distribuzione dei posti letto nel territorio (vedi Tabella XVI).

Per il futuro non è opportuno prevedere un aumento dei posti letto ostetrico-ginecologici in quanto l'eventuale aumento dei parti ospedalizzati dovrebbe essere compensato dalla prevedibile diminuzione della natalità. Rimane da risolvere il problema della autosufficienza del comparto pubblico, al quale si può fare fronte sia con l'aumento della capacità ricettiva delle strutture pubbliche esistenti, sia in conseguenza della diminuzione del tasso di natalità.

TABELLA XVI

Fabbisogno teorico di posti letto ostetrico-ginecologici (0,7‰ abitanti) e consistenza reale in Sardegna al 31.12.1981.

	Cagliari	Sassari	Nuoro	Oristano	Totale
Popolazione al 31.12.1981 (censimento)	730.473	433.842	274.817	155.043	1.594.175
Letti ostetrico ginecologici: fabbisogno (0,7‰ abitanti)	511	304	192	109	1.116
Letti ostetrico ginecologici: consistenza reale a) in strutture pubbliche	327	300	170	101	898
b) in strutture private	195	30	—	—	225
Totale	522	330	170	101	1.123

STRUTTURE OSPEDALIERE PER L'ASSISTENZA AL NEONATO

La situazione esistente per l'assistenza al neonato presenta gravi carenze, che possono essere così schematizzate:

sedi con elevato numero di nascite (Sassari, Nuoro) non hanno strutture neonatologiche organizzate su base divisionale per i compiti di assistenza al neonato in sala parto, assistenza al neonato sano, trasporto ed assistenza del neonato patologico nato a domicilio, trasporto ed assistenza dei neonati di basso peso bisognosi di terapia intensiva per tutti i neonati della provincia che ne abbiano necessità, controllo post-ospedaliero dei neonati a rischio di handicaps, qualificazione e formazione del personale medico e paramedico destinato all'assistenza neonatale nelle diverse strutture pubbliche e private;

— altre sedi di Ospedali a dimensione regionale con elevato numero di nascite (Clinica Ostetrica e Divisione Ostetrica di Cagliari) hanno organici pediatrici insufficienti per l'assistenza continua in sala parto;

— negli Ospedali zonali l'organico della maggior parte delle Divisioni di Pediatria non prevede le Sezioni di Patologia Neonatale;

— in altri Ospedali (S. Gavino, Muravera, Sorgono, Tempio, Olbia) i Pediatri non sono in organico o sono impiegati per altre attività (Pronto Soccorso, Medicina Generale);

— nelle Case di Cura private il controllo dei neonati non è sistematico.

Per coordinare e razionalizzare l'assistenza neonatale in tutto il territorio della Regione, l'intervento deve attuarsi secondo le seguenti direttive:

— Divisioni di Neonatologia e Patologia Neonatale, con Sezione per terapia Intensiva Neonatale, ogni 5.000 o più nati, dislocate nelle sedi con più alta concentrazione di nascite e cioè Cagliari e Sassari;

— Sezioni di Neonatologia o Patologia Neonatale, autonome od aggregate alle Divisioni di Pediatria, negli ospedali con almeno 700 nascite-anno;

— controllo sistematico da parte del pediatra di tutti i neonati anche nelle piccole Divisioni o Sezioni Ostetriche e nelle Case di Cura private;

— le Divisioni e le Sezioni di Patologia Neonatale devono organizzare periodici controlli ambulatoriali per i neonati a rischio, in modo da pervenire a diagnosi precoci ed alla prevenzione degli handicaps.

SERVIZIO DI TRASPORTO PER I NEONATI A RISCHIO

Come detto precedentemente il trasporto del neonato patologico o del prematuro dagli Ospedali periferici ai Centri di Patologia Neonatale attualmente è disorganizzato e quasi sempre privo delle garanzie minime.

Si ravvisa quindi la necessità di organizzare un sistema di trasporto sul territorio, per cui le Divisioni di Patologia Neonatale con Sezioni di Terapia Intensiva funzioneranno da Centri organizzativi per il trasporto stesso, inviando direttamente nella sede di nascita il personale medico e paramedico, con ambulanza attrezzata con incubatrice da trasporto, per effettuare in loco e durante il viaggio gli interventi più urgenti e per offrire al neonato ad alto rischio le migliori possibilità di sopravvivenza intatta.

STRUTTURE PEDIATRICHE OSPEDALIERE

Nel 1982 sono stati effettuati 26.403 ricoveri nelle strutture pediatriche ospedaliere. Nonostante il numero elevato di ricoveri il tasso di occupazione dei posti letto pediatrici è stato inferiore ai livelli ottimali. con una media del 26,40% su tutto il territorio regionale.

Ne deriva che gli 888 posti letto pediatrici attualmente disponibili sono in eccesso rispetto ai reali fabbisogni della popolazione.

A questo dato oggettivo bisogna aggiungere le seguenti considerazioni:

a) la pediatria moderna è attualmente indirizzata a ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri e la durata delle degenze ospedaliere, privilegiando piuttosto l'attività tipo «Day-Hospital» e di controllo ambulatoriale;

b) la progressiva riduzione della natalità porta ad una riduzione della popolazione in età pediatrica;

c) il programma di interventi per l'assistenza materno-infantile ha come obiettivo una popolazione infantile e successivamente adulta più sana.

Come logica conseguenza per il futuro si deve prevedere una ulteriore diminuzione della utilizzazione dei posti letto pediatrici.

Sulla base di questi dati, e calcolando un indice di occupazionalità dello 80%, il fabbisogno di posti letto pediatrici per l'intera regione si aggira sulle 700 unità. Questa cifra corrisponde ad un indice di circa 0,45 posti letto pediatrici per mille abitanti, indice che è ormai accettato da altri Paesi Europei ,nei quali l'assistenza pediatrica è già attuata secondo i criteri proposti nel presente progetto-obiettivo, e che pertanto deve essere posto come traguardo da raggiungere.

La riduzione dei posti letto ospedalieri deve tuttavia procedere parallelamente al potenziamento degli altri strumenti di assistenza ospedaliera pediatrica (Day-Hospital, ambulatorio) e gli organici del personale medico e paramedico non dovranno essere rapportati soltanto all'ampiezza ed al numero dei posti letto delle Sezioni, ma anche alla entità dell'attività ambulatoriale e di Day-Hospital.

A questo riguardo deve essere sottolineato che in tutte le Divisioni degli Ospedali della Sardegna compresi quelli di zona deve essere organizzato il Day-Hospital, in modo da assicurare tra l'altro anche ad ogni talassemico la possibilità di avere un appropriato programma trasfusionale a breve distanza dal proprio domicilio.

Tale organizzazione si deve fondare sulla collaborazione tra le Divisioni Pediatriche ed i Centri Trasfusionali opportunamente potenziati con altri programmi.

ASSISTENZA NEUROPSICHIATRICA NELL'ETA' EVOLUTIVA

Coerentemente ai già citati bisogni e competenze di ordine neuropsichiatrico — nella logica unitaria e globale di tutti gli interventi preventivi, diagnostici e riabilitativi — conseguono sia la collocazione dei servizi nell'ambito delle strutture sanitarie, sia le modalità operative, che saranno diverse a secondo che si consideri l'ambito delle U.S.L. con un bacino di utenza intorno ai 50.000 abitanti, oppure l'ambito di più U.S.L. corrispondente a 300-500.000 abitanti.

1. Equipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile.

A livello di U.S.L., ogni 50.000 abitanti opererà un'équipe multiprofessionale per la tutela della salute neuropsichiatrica in età evolutiva, collocata preferenzialmente nel poliambulatorio dell'U.S.L..

Dovunque situato il presidio deve in ogni modo essere dotato di un adeguato numero di locali per visita neurologica, per sedute di osservazione, colloqui e psicoterapie, per rieducazione neuromotoria, psicomotricità e logoterapia, per riunioni di gruppo.

L'équipe multiprofessionale è costituita a titolo indicativo da due neuropsichiatri infantili e da due psicologi (questi ultimi possibilmente con preparazione psicanalitica). Altre figure professionali operanti nell'U.S.L. integreranno a tempo pieno o parziale secondo le necessità questo organico, con la partecipazione del terapista della riabilitazione, terapista della psicomotricita, logopedista; verranno inoltre utilizzati assistenti sociali appartenenti al servizio dell'U.S.L..

L'attività dell'équipe, che è sempre ambulatoriale, verrà svolta nel poliambulatorio dell'U.S.L. per le risposte ai bisogni riuniti nell'area 2 più sopra indicata e si proietterà a livello distrettuale (area 1) aggregandosi in reciproca consulenza con gli altri operatori sanitari dell'età evolutiva; verrà inoltre svolta attività di consulenza in tutti i centri socio-assistenziali del territorio di competenza dell'U.S.L., quali consultori familiari, asili nido, scuole materne, elementari e medie, servizi per handicappati, servizi per adolescenti, ovunque cioè sia ipotizzabile intervenire per prevenire o rimuovere i fattori di rischio neurologico e psichiatrico dell'età evolutiva.

2. Il Servizio Autonomo di Neuropsichiatria Infantile.

Il Servizio Autonomo di Neuropsichiatria Infantile si colloca a livello ospedaliero o extraospedaliero e serva un'utenza di 300 - 500.000 abitanti, rivolgendo la propria attenzione prevalentemente ai bisogni elencati nell'area 3. Se la collocazione è ospedaliera, il Servizio fa parte del Dipartimento Materno-Infantile. L'attività, in ambedue i casi, sarà sia di tipo ambulatoriale che di degenza, potendo utilizzare, in caso di collocazione extraospedaliera, 5 - 10 letti della Divisione di Pediatria. In ogni caso il Servizio sarà dotato di un Day-Hospital e di una pronta disponibilità per fronteggiare l'emergenza psichiatrica e le situazioni acute di disadattamento degli adolescenti.

Si prospetta la seguente ubicazione dei servizi autonomi con la dotazione di posti letto indicata a fianco di ciascuno, oltre a quella del Day-Hospital:

— U.S.L. n. 1 di Sassari (Università) (Clinica pediatrica):
- p.l. 16 più 10 Day-Hospital

— U.S.N. n. 7 di Nuoro (S. Francesco):
- p.l. 8 più 5 di Day-Hospital

— U.S.L. n. 13 di Oristano (Ospedale S. Martino):
- p.l. 8 più 5 di Day-Hospital

— U.S.L. n. 16 di Iglesias (F.lli Crobu):
- p.l. 5 più 4 di Day-Hospital

— U.S.L. n. 20 di Cagliari (S. Giovanni di Dio - Università) (Clinica pediatrica)
- p.l. 16 più 10 di Day-Hospital.

Il Day-Hospital dovrà essere in grado di far fronte alle situazioni patologiche più gravi (4 - 10 posti per bambini fino a 12 anni), istaurando anche trattamenti più protratti, potendo contare — a secondo del tipo prevalente di patologia — anche sull'apporto di insegnanti e del personale ospedaliero previsto dall'organico.

PREVENZIONE DEL RISCHIO GENETICO

Per quanto riguarda le malattie genetiche è necessaria l'organizzazione su base regionale di «Centri» o di «Servizi» di genetica, inseriti nell'ambito di più vaste strutture sanitarie e di ricerca e limitati alle sedi dove si concentra il maggior numero di nascite.

Tali Centri o Servizi devono avere i seguenti scopi:

a) favorire l'indagine epidemiologica su tutti i difetti di origine genetica (sterilità, subfertilità, malformazioni congenite, difetti enzimatici o metabolici, difetti degli organi di senso, del sistema immunologico, coagulopatie, ecc.) ed individuare la frequenza delle singole forme e le eventuali differenze zonali in relazione all'endogamia;

b) collaborare con esami di laboratorio propri della genetica (citogenetica, immunogenetica, biochimica, ecc.) e con tutti gli strumenti della genetica medica, alla diagnosi precisa delle varie forme di patologia ereditaria;

c) diffondere fra gli operatori sanitari e nell'ambito della popolazione la proposta di una valida consulenza genetica per le famiglie che presentino almeno un soggetto portatore di «handicaps» o «portatore sano» di difetto genetico, al fine di raggiungere una maggiore conoscenza dei rischi per la prole e, pertanto, una scelta più responsabile ed una futura diminuzione delle tare ereditarie;

d) provvedere allo screenig neonatale dei principali errori metabolici congeniti, in particolare della fenilchetonuria, della mucoviscidosi e dell'ipotiroidismo, su tutti i nati della regione;

e) instaurare un efficiente servizio di diagnosi prenatale per tutte le gravidanze a rischio, sia nel caso di difetti ereditari riconosciuti nell'ambito familiare, sia nel caso di famiglie apparentemente indenni da difetti genetici, ma sottoposte all'azione dannosa di fattori ambientali.

Dal punto di vista organizzativo occorre una attenta programmazione delle finalità, benefici e procedure ed una impostazione articolata che tenga conto dei seguenti fattori:

— la fascia di popolazione da sottoporre ad indagine genetica può variare sensibilmente (dallo screening di massa all'indagine mirata su particolari soggetti) a seconda della natura, frequenza e severità della malattia genetica. In questo senso si identificano essenzialmente quattro popolazioni: il neonato, per le malattie gentiche suscettibili di terapia (fenilchetonuria, galattosemia, ipotiroidismo congegnito) o di misure preventive (carenze di G6PD) e per le alterazioni cromosomiche (malformazioni congenite, ecc.); la donna in gravidanza (incompatibilità Rh); il feto di coppie ad alto rischio (genitori portatori di talassemia od altri geni recessivi) od a rischio di cromosomopatia; adulti prima della riproduzione in popolazioni con alta incidenza di portatori di malattie genetiche;

— la disponibilità di test diagnostici accurati e relativamente poco costosi è condizione indispensabile per lo screening di massa.

In rapporto ai diversi livelli di complessità di esecuzione dei test, e delle attrezzature e personale necessari, della economicità e della possibilità di concentrare i campioni per l'analisi, lo screening di massa potrà essere esteso a tutti i laboratori delle UU.SS.LL. (Rh, G6PS), limitato a pochi centri (microcitemia, cromosomopatie) ed ad un unico Centro regionale (ipotiroidismo, malattie congenite del metabolismo, anomalie congenite della coagulazione);

— per le malattie su base cromosomica l'alto costo e la complessità degli esami citogenetici impongono la limitazione dell'indagine ad una popolazione selezionata (sospetto o diagnosi clinica di sindrome nota dovuta ad anomalia cromosomica, sindromi malformative congenite, aborti ripetuti, anomalie morfologiche o funzionali dello sviluppo sessuale, sterilità maschile o femminile). Per gli stessi motivi devono essere limitati i centri in grado di effettuare gli esami e la consulenza citogenetica;

— la notevole diversificazione dei diversi settori delle malattie genetiche obbliga a servirsi di laboratori, attrezzature e competenze differenziate e nei campi più disparati (ad ex.: laboratori di biologia molecolare e di analisi chimico-cliniche per la microcitemia, laboratorio di endocrinologia per l'ipotiroidismo congenito, laboratori di emocoagulazione per l'emofilia, laboratorio di citogenetica per le malattie cromosomiche).

Per questi motivi si rende necessario che i Centri o Servizi di Genetica siano in grado di fornire una valida consulenza genetica alla popolazione, anche se per ragioni operative Centri particolari (microcitemia, emofilia, ipotiroidismo) debbono essere dislocati in strutture e sedi separate e sulla materia specifica effettuino direttamente il counseling genetico.

1. Servizi di Genetica.

Sono indispensabili 2 Centri o Servizi automatici di Genetica, uno a Cagliari ed uno a Sassari, dotati o che possano usufruire delle seguenti strutture:

— laboratorio di diagnosi citogenetica, per sindromi malformative, difetti dell'apparato sessuale, sterilità sub-fertilità, aborti spontanei precoci, patologia cromosomica spontanea od indotta da agenti esterni;

— servizio di consulenza genetica dei difetti ereditari;

— laboratorio di diagnosi prenatale (per le gravidanze a rischio di cromosomopatia, di difetti enzimatici e di difetti del tubo neurale);

— laboratorio di diagnosi dei difetti metabolici congegniti.

Per lo svolgimento delle prestazioni indicate (circa 500 esami di citogenetica e circa 500 consulenze genetiche-anno) è necessario per ciascun centro il personale e le attrezzature adeguate.

2. Centri o Servizi particolari:

— Centro per lo screening degli errori congeniti del metabolismo alla nascita.

Per quanto riguarda gli screening alla nascita degli errori metabolici congeniti, si suggerisce in questa prima applicazione del Piano, che essi vengano limitati alla sola diagnosi della Fenilchetonuria, da effettuarsi in un unico Centro Regionale (Cagliari), mediante l'invio di campioni di sangue raccolti su carta da filtro. Per quanto riguarda lo screening di altre malattie congenite del metabolismo (galattosemia, leucinosi, ecc.) si suggerisce la seguente impostazione:

1ª fase, ricerca finalizzata per conoscere l'incidenza della malattia oggetto di screening;

2ª fase, screening sistematico solo per quelle forme di cui si sia dimostrata l'utilità dell'indagine di massa.

— Centro per lo screening dell'ipotiroidismo congenito.

Anche per questa malattia si raccomanda lo screening alla nascita, su base regionale, mediante l'invio di campioni di sangue su carte da filtro.

Date anche le implicazioni terapeutiche e la necessità di controlli a distanza è opportuno che questa attività di screening venga affidata al Centro di Endocrinologia Pediatrica dell'Università di Cagliari, in stretta collaborazione con i Servizi di Genetica.

— Centri per la Microcitemia.

Nella organizzazione delle misure per la prevenzione del rischio generico una considerazione a parte deve essere fatta per la microcitemia. La diffusione della malattia allo stato omozigote ed il numero particolarmente elevato di portatori fanno della nostra Regione un caso del tutto particolare. Le diverse componenti — la prevenzione e l'assistenza sanitaria — che si intersecano in questa malattia genetica, per l'ampiezza dei problemi che pongono su scala regionale, trovano la loro collocazione ottimale in un programma unitario di interventi sia preventivi che assistenzali così articolato:

— Centro Regionale per la Microcitemia (Ospedale per i Microcitemici), con annesso servizio di diagnosi prenatale, con tutti i compiti preventivi, as-

sistenziali, organizzativi e di consulenza genetica relativi alla microcitemia;

— Centri Provinciali per la Microcitemia a Sassari, Nuoro ed Oristano, inseriti nei reparti pediatrici od in stretto collegamento con essi, in grado di effettuare sia l'assistenza in regime di Day-Hospital che lo screening e la prevenzione;

— Day-Hospital negli ospedali zonali della Regione in modo da assicurare a tutti gli omozigoti, appropriato programma trasfusionale a breve distanza dal proprio domicilio;

— standardizzazione della terapia su tutto il territorio regionale con l'adozione del protocollo AIEIP;

— controllo annuale di tutti i pazienti presso uno dei Centri provinciali per valutare l'efficacia della terapia e lo stato dei diversi organi ed apparati interessati dal sovraccarico ferroso. Per quanto attiene la prevenzione del rischio genetico specifico, il Centro Regionale ed i Centri Provinciali per la microcitemia devono essere dotati del personale necessario potenziati nella loro attività, sia per effettuare una più efficace opera di educazione sanitaria, sia per collaborare attivamente con le strutture pediatriche (soprattutto di day-hospital) nell'assistenza degli omozigoti talassemici.

Preliminarmente occorre ribadire che tali Centri dovrebbero far parte del medesimo reparto o servizio in cui viene erogata l'assistenza. Tale situazione ottimale è realizzata a Cagliari presso la Clinica Pediatrica II, mentre a Sassari e Nuoro l'assistenza viene erogata in una sede (Clinica Pediatrica e Centro Trasfusionale - Ospedale San Francesco a Nuoro) ed i controlli periodici vengono in gran parte fatti presso i Centri Microcitemici (Clinica Medica a Sassari e Centro Microcitemici - Ospedale San Francesco a Nuoro).

Un'altra situazione anomala da correggere è quella della assistenza diretta per quanto concerne i programmi trasfusionali fornita da Centri Trasfusionali (Sassari, Olbia, Nuoro, Ozieri, Tempio), riportando l'assistenza diretta in regime di Day-Hospital, nei Reparti e Divisioni di pediatira.

I Centri Provinciali e quello Regionale per la Microcitemia devono organizzare un programma moderno di prevenzione fondata su:

— screening volontario dei soggetti adulti in età matrimoniale. In una prima fase debbono essere preferenzialmente esaminate le coppie già formate e quelle che vanno via via formandosi tramite continua consultazione dei Registri di Stato Civile; in una seconda fase la popolazione da esaminare potrebbe essere quella in età pre-matrimoniale;

— consultazione genetica specifica;

— accesso alla diagnosi prenatale (solo per il Centro Regionale).

— Centro per le coagulopatie congenite.

Gli accertamenti diagnostici e gli indirizzi terapeutici per l'emofilia ed altre coagulopatie congenite devono essere accentrati in un unico Centro Regionale in Cagliari, in relazione al notevole grado di sofisticazione delle apparecchiature e competenze necessarie.

Il Centro potrà avvantaggiarsi di tali attrezzature e competenze anche per estendere la propria attività alle linfoemopatie maligne pediatriche.

Il Centro si occuperà del riconoscimento precoce delle anomalie congenite della coagulazione e del trattamento più immediato e moderno di queste, del consiglio eugenetico dei soggetti a rischio, della registrazione dei nuovi casi, dell'educazione sanitaria degli ammalati per una più efficace prevenzione delle gravi complicazioni motorie che la presenza che tali anomalie comportano, in collaborazione pertanto con la équipe specialistica ortopedica e fisioterapeutica.

Per quanto attiene allo screening si prospetta la necessità di renderlo mirato, particolarmente nelle famiglie a rischio e ciò perché il costo elevato di tali esami effettuati sull'intera popolazione riveste scarsi vantaggi, in quanto lo screening dovrebbe individuare i portatori, per evitare la procreazione di soggetti malati, ma anche con le tecniche più sofisticate e costose si hanno risultati di incerta interpretazione anche nel 15% delle sospette portatrici; va tenuto presente tuttavia il dato emerso anche dagli studi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che cioè la frequenza dell'emofilia andrà aumentando, perché il miglioramento delle cure mediche renderà riproduttori un sempre maggior numero di emofilici, con conseguente ulteriore incremento del costo economico per paziente, già elevatissimo. Sarà pertanto importante che il potenziamento dei Centri si rivolga particolarmente alla ricerca ed all'attuazione della diagnosi prenatale nelle coppie a rischio.

Il Centro Regionale, pertanto, dovrà essere adeguatamente attrezzato e dotato di personale qualificato nel campo ematologico, del consiglio genetico e nella riabilitazione.

— Altre malattie su base genetica.

Tra le altre malattie su base genetica assume importanza anche la carenza di G6PD eritrocitaria (favismo).

Considerata l'alta incidenza di questo difetto congenito nella nostra Regione e le sue implicazioni nella patogenesi dell'ittero neonatale e nelle crisi emolitiche acute in tutte le età, l'intervento deve essere realizzato attraverso due direttrici: a) campagna di educazione sanitaria diffusa capillarmente tra la popolazione attraverso l'utilizzazione dei più efficaci mezzi di informazione; b) screening qualitativa di massa volontario su tutta la popolazione che ne faccia richiesta nonchè screening qualitativo obbligatorio su tutti i nuovi nati e tutti i pazienti ricoverati in strutture ospedaliere pubbliche o private. Il basso costo e la semplicità di esecuzione dello screening qualitativo rendono possibile lo screening di massa in tutte le strutture sanitarie delle U.S.L.; c) memorizzazione dei dati individuali e dell'esito degli esami.

Piano particolareggiato per la tutela della salute materno-infantile nella Regione Sarda.

In questo primo piano triennale si è operata la scelta di concentrare il massimo dell'attenzione e delle risorse sui problemi prioritari atti ad incidere con rapidità ed efficacia sulla natimortalità e sulla mortalità infantile e la insorgenza di handicaps.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi ambulatoriali sul territorio (Consultori, Poliambulatori ostetrici e pediatrici, Equipe multiprofessionali di neuropsichiatria infantile ecc.) si ritengono sufficienti le indicazioni fornite al punto d) (Strumenti) del presente progetto-obiettivo, indicazioni che dovranno essere recepite ed attuate a livello di U.S.L..

In particolare, per l'assistenza all'età evolutiva, per la quale esiste una sovrabbondanza di posti letto ospedalieri, è necessaria una profonda riorganizzazione delle strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere.

Pertanto, per questo settore della tutela infantile si sono indicati oltre che gli indirizzi generali di intervento, anche alcune soluzioni particolari, in quanto la necessità di ridurre i posti letto e ristrutturare i compiti delle divisioni e reparti ospedalieri adeguandoli alla funzionalità delle altre strutture dell'U.S.L. (Day-Hospital, Poliambulatori, Consultori, Centri per il controllo di forme particolari, quali tumori, emofilia, disendocrinopatie, microcitemia, ecc.) viene considerata di vitale importanza, fatta salva l'esigenza della priorità di interventi nel settore perinatale.

Inoltre, alcuni aspetti della tutela infantile, come i programmi di educazione sanitaria, consultoriale e poliambulatoriale, non costituiscono intervento esclusivo del presente progetto-obiettivo, ma sono in comune con altri progetti, come quello per la prevenzione degli handicaps, per cui quanto qui precisato va integrato con quanto predisposto in altre parti del Piano Sanitario.

— Organizzazione dell'assistenza ospedaliera materno-infantile nella Provincia di Cagliari.

L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera materno-infantile nella Provincia di Cagliari deve porsi i seguenti obiettivi.

a) ridistribuzione dei posti letto-ostetrico-ginecologici, con diminuzione, in base ai bacini di utenza, di quelli di Carbonia e Muravera, e potenziamento di quelli di S. Gavino, dove è necessaria una struttura divisionale.
   Per quanto riguarda le strutture ostetriche nella città di Cagliari, vanno perseguiti i seguenti obiettivi: a) attivazione completa della Divisione Ostetrica del Nuovo ospedale San Michele (65 p.l.);

b) mantenimento delle convenzioni con le Case di Cura Private nelle quali si verifichino oltre 300 parti-anno e favorire la riconvenzione verso la ginecologia;

c) aumento dei posti letto delle strutture ostetrico-ginecologiche universitarie, in modo da adeguarli alla attività clinica che viene effettivamente svolta in tali strutture. Date le dimensioni che viene ad assumere la struttura universitaria così proposta (100 p.l.) è opportuno che essa venga articolata in due reparti. è inoltre necessaria una Sezione per gravidanze e parti ad alto rischio dotata di circa 20 p.l. nell'ambito della ricettività già individuata, nonché Day-Hospital per l'assistenza specialistica non abbisognevole di ricovero.

   Questa configurazione permette una utilizzazione ottimale delle strutture universitarie anche per quanto concerne la formazione di personale medico e paramedico, tramite la Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia e la Scuola per Ostetriche;

d) riduzione dei posti letto pediatrici per ricovero ospedaliero e potenziamento dell'atività ambulatoriale e di Day-Hospital nella città di Cagliari, con compiti rivolti prevalentemente alla diagnostica particolarmente sofisticata ed all'assistenza dei bambini con morbo di Cooley, altre emopatie ed altre malattie croniche (endocrinopatie, mucoviscidosi, nefropatie, ecc.);

e) riduzione dei posti letto pediatrici a Carbonia, ed istituzione di una Sezione di Patologia Neonatale aggregata alle Divisioni di Pediatria di Carbonia Iglesias e S. Gavino, per l'assistenza dei neonati in sala parto, al nido e dei neonati ricoverati con patologia minore;

f) potenziamento dell'assistenza al neonato a Muravera, con la creazione di una Sezione di Pediatria. Il personale medico di tale Sezione, oltre all'assistenza al neonato sano e con patologia minore, deve svolgere attività specialistica ambulatoriale per il bacino di utenza di Muravera;

g) potenziamento del personale dei nidi delle strutture ostetriche universitarie e della divisione ostetrica dell'Ospedale SS. Trinità di Cagliari, per effettuare l'assistenza neonatologica 24h/24 in sala parto e nel nido di dette strutture: la presenza della guardia neonatologica continua permetterà anche di evitare il trasferimento ad altri ospedali dei neonati con patologia minima ed intermedia;

h) obbligo, per le case di cura private, della visita pediatrica a tutti i neonati entro le prime 12 ore dal parto e quotidianamente per tutto il periodo di degenza; dotazione obbligatoria delle attrezzature minime per la sorveglianza e la terapia dell'ittero (bilirubinometro, centrifuga da ematocrito lampada per fototerapia);

i) organizzazione delle strutture divisionali di Patologia Neonatale. Non potendosi realizzare a breve termine nella città di Cagliari l'optium per l'assistenza al neonato patologico (continuum intramurale della divisione ostetrica e di quella neonatale) per le ragioni già dette (pluralità dei reparti ostetrici esistenti ed in via di attivazione, ampio bacino di utenza) il fulcro dell'assistenza al neonato patologico rimane rappresentato dall'Istituto di Puericultura e Patologia Neonatale che deve farsi carico dei seguenti compiti: a) assistenza a tutti i neonati di basso peso e con patologia di diverso livello (minimo, intermedio, ed intensivo) nati nelle case di cura private e negli ospedali cittadini e della provincia non dotati di personale ed attrezzature per l'assistenza almeno minima al neonato patologico o nati a domicilio; b) terapia intensiva dei neonati con patologia grave delle province di Cagliari, Oristano ed in parte anche di Nuoro; c) guardia neonatologica 24h/24; d) organizzazione e gestione del Servizio di trasporto provinciale per neonati patologici; e) organizzazione del servizio ambulatoriale per lo screening e la diagnosi precoce dell'handicap neurologico, audiologico, visivo, respiratorio.

A questi compiti assistenziali si aggiungono i compiti propri istituzionali di un Istituto Universitaro, in particolare l'insegnamento agli studenti in Medicina, la Scuola di Specializzazione in Puericultura, il Corso di Perfezionamento in Neonatolologia, ed il contributo — per quanto riguarda la Puericultura e la Neonatologia — alle Scuole di Specializzazione in Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, ed alle Scuole per Vigilatrici d'Infanzia, Puericultrici, Ostetriche, Infermiere Professionali ed Assistenti Sanitarie Vigilatrici.

Inoltre la Puericultura di Cagliari, come quella di Sassari, deve organizzare corsi di aggiornamento e qualificazione per il personale medico e paramedico che opera nelle strutture per l'assistenza neonatale.

Dati i numerosi compiti ed il sovradimensionamento in posti letto della struttura divisionale dell'Istituto di Puericultura e Patologia Neonatale, cui deve essere aggregata la Sezione Neonatale (Nido) della Clinica Ostetrica Universitaria, dovrà essere realizzato, presso lo stesso Istituto Universitario il funzionamento di due strutture divisionali di Patologia Neonatale, per complessivi 80 posti letto, una delle quali dotata di Terapia Intensiva Neonatale, di una Sezione di Isolamento, e l'istituzione di un Servizio Ambulatoriale per lo screening e la diagnosi precoce dell'handicap.

l) istituzione nell'ambito della Clinica Pediatrica I e II dell'Università e nella Divisione Pediatrica, di Servizi di Day-Hospital per le malattie croniche (diabete, pneumopatie allergiche, mucoviscidosi, ecc.) o bisognosi di indagini diagnostiche complesse ma non richiedenti necessariamente di ricovero;

m) riorganizzazione della assistenza ai microcitemici con il funzionamento del Centro Regionale per la Microcitemia e del Servizio di screening di massa presso l'Ospedale F.lli Crobu di Iglesias, nonché del Day-Hospital per il trattamento emotrasfusionale in tutte le divisioni pediatriche della Provincia;

n) funzionamento od attivazione del Centro Regionale particolare per le coagulopatie congenite ed emolinfopatie pediatriche e del Centro di Endocrinologia Pediatrica entrambi nell'ambito della Clinica Pediatrica I, nonché del Centro per lo screening degli errori congeniti del metabolismo nell'ambito della Clinica Pediatrica II.
Questi così come quello per la Microcitemia con i relativi Day-Hospital troveranno collocazione unitaria e definitiva nell'Ospedale per i Microcitemici.

o) attivazione del Servizio Autonomo di Genetica presso la Clinica Pediatrica I;

p) attivazione di un Servizio Autonomo di neuropsichiatria infantile presso l'Ospedale S. Giovanni di Dio, con 16 p.l. più 10 di Day-Hospital ed attivazione di un analogo Servizio presso l'Ospedale di Iglene di un analogo Servizio presso l'Ospedale Crobu di Iglesias con 5 p.l. più 4 di Day-Hospital;

q) dotazione di Reparti Ostetrico-Ginecologici, Pediatrico-Neonatologici e di Neuropsichiatria Infantile e del Servizio di Genetica del personale medico paramedico e tecnico e delle attrezzature necessarie per una adeguata attività diagnostico assistenziale.

— Organizzazione dell'assistenza ospedaliera materno-infantile nella Provincia di Sassari.

L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera materno-infantile nella Provincia di Sassari deve porsi i seguenti obiettivi:

— ridistribuzione dei posti letto ostetrico-ginecologici, con potenziamento delle strutture ad Olbia, dove vi deve essere una Divisione Ostetrica con una Sezione aggregata distaccata a La Maddalena;

— istituzione, presso la Clinica Ostetrica dell'Università di Sassari di una Sezione per gravidanze e parti a rischio dotata di 20 p.l. nell'ambito della ricettività globale già individuata. A tale Sezione, oltre alle gravidanze ed ai parti ad alto rischio della Provincia, dovrebbero afferire tutte le coppie, o comunque, le donne (gravide e non) con problemi di ordine genetico, che devono essere seguite dal Servizio di Genetica, già proposte nella parte riguardante la prevenzione del rischio genetico;

— attivazione della Divisione Pediatrica Ospedaliera a Sassari con 45 posti letto, di cui 15 destinati ad una Sezione di Malattie Infettive;

— riduzione dei p.l. della Clinica pediatrica di Sassari a 45, con potenziamento delle strutture deputate all'attività ambulatoriale ed istituzione di un Servizio di Day-Hospital, prevalentemente destinato all'assistenza dei bambini con Morbo di Cooley, ed altre emopatie (attualmente seguiti presso la Clinica Pediatrica stessa e presso il Centro trasfusionale dell'Ospedale) ma da utilizzare anche per altri pazienti con malattie croniche (mucoviscidosi, insufficienza renale, ecc.) o bisognosi di indagini diagnostiche particolarmente complesse, ma non richiedenti il ricovero;

— riduzione dei posti letto pediatrici ad Alghero (35) ed Ozieri (30) con istituzione ad Ozieri di una Sezione Aggregata di Patologia Neonatale per l'assistenza dei neonati in sala parto ed al nido e dei neonati ricoverati con patologia minima ed intermedia;

— potenziamento dell'assistenza pediatrica ad Olbia con l'istituzione di una Divisione Pediatrica dotata di una Sezione aggregata distaccata a La Maddalena e di una Sezione di Patologia Neonatale per la assistenza dei neonati in sala parto, nel nido e nel reparto di patologia minima ed intermedia;

— funzionamento effettivo dell'assistenza neonatale a Tempio per i neonati in sala parto, nel nido e nel reparto di patologia minima ed intermedia;

— istituzione a Sassari, presso l'Istituto di Puericultura dell'Università, di una Divisione di Patologia Neonatale con 30 posti letto complessivi e con i seguenti compiti: guardia neonatologica attiva 24 ore su 24, con assistenza in sala ed il nido, per i neonati partoriti presso la Clinica Ostetrica della Università e presso la Divisione Ostetrica degli OO.RR.; assistenza a tutti i neonati di basso peso e/o comunque patologici partoriti nelle suddette strutture ostetriche; assistenza a tutti i neonati con patologia grave e richiedenti cure intensive, partoriti nell'ambito del territorio provinciale;

— organizzazione e gestione del Servizio di Trasporto per neonati patologici su tutto il territorio della Provincia; coordinamento dell'assistenza neonatale negli altri Ospedali della Provincia e formazione ed aggiornamento del personale medico e paramedico operante nelle strutture di assistenza materno-infantile;

— dotazione dei Reparti Ostetrico-Ginecologici, Pediatrico-Neonatologici e di Neuropsichiatria Infantile, nonché del Servizio di Genetica del personale medico, paramedico e tecnico e delle attrezzature necessarie per una adeguata attività diagnostico-assistenziale. Trasferimento presso l'edificio Universitario, dove già si trovano o sono previste le altre strutture per l'assistenza materno-infantile, dell'Istituto di Neuro psichiatria Infantile attualmente allocato presso il Villaggio S. Camillo, con relativo Servizio Autonomo dotato di 16 posti letto e d 10 posti letto tecnici di Day-Hospital;

— istituzione e collocazione presso lo stesso edificio di un Servizio di Genetica Clinica, che integrerà i propri laboratori con quelli della Clinica Ostetrica, della Clinica Pediatrica, dell'Istituto di Neu-

ropsichiatria Infantile e dell'Istituto di Puericultura dell'Università.

Si configura così una struttura dipartimentale materno-infantile che rappresenta il modello più economico ed efficiente per assicurare una adguata assistenza ospedaliera alla donna ed al bambino.

— Organizzazione dell'assistenza ospedaliera materno-infantile nella Provincia di Nuoro.

L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera materno-infantile nella Provincia di Nuoro deve porsi i seguenti obiettivi:

— riduzione dei posti letto ostetrico-ginecologici a Lanusei ed abolizione di quelli di Bosa;

— istituzione presso la Divisione Ostetrica dell'Ospedale San Francesco di Nuoro di una Sezione Aggregata per gravidenze e parti a rischio;

— riduzione dei posti letto pediatirci a Nuoro per complessivi 45 p.l., cui vanno aggiunti 15 per la Sezione di Patologia Neonatale e la Sezione di Terapia Intensiva. Abolizione della Sezione Pediatrica di Bosa, potenziamento della Divisione Pediatrica di Lanusei e creazione della Sezione a Sorgono.

— in sostituzione delle strutture ostetrico-pediatriche di Bosa ed in aggiunta a quella di Sorgono verranno attivate una Sezione nell'Ospedale di Isili;

— attivazione di un Servizio Autonomo di Neuropsichiatria Infantile presso l'Ospedale San Francesco di Nuoro con 8 p.l. più 5 di Day-Hospital;

— dotazione nei Reparti Ostetrico-Ginecologici, Pediatrico Neonatologici e di Neuropsichiatria Infantile del personale medico, paramedico e tecnico e delle attrezzature necessarie per una adeguata attività diagnostico-assistenziale.

— Organizzazione dell'assistenza ospedaliera materno infantile nella Provincia di Oristano.

L'organizzazione dell'assistenza ospedaliera materno-infantile nella Provincia di Oristano deve porsi i seguenti obiettivi:

— ridimensionamento della Sezione ostetrico-ginecologica (15 p.l.) ed abolizione di quella pediatrica presso l'Ospedale di Ghilarza;

— istituzione presso l'Ospedale San Martino di Oristano di una Sezione Aggregata alla Divisione Pediatrica di Patologia Neonatale;

— attivazione di un Servizio Autonomo di Neuropsichiatria Infantile dotato di 6 p.l. più 5 di Day-Hospital presso l'Ospedale San Martino di Oristano;

— dotazione delle Divisioni di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria e del Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale San Martino di Oristano di personale medico, paramedico e tecnico e di attrezzature diagnostico-assistenziali adeguate alle necessità.

PERSONALE

Per quanto riguiarda il personale medico e paramedico delle strutture ospedaliere per l'assistenza materno-infantile, data la variabilità delle dimensioni e delle funzioni dei diversi ospedali ,non è possibile formulare un organico standard valido per tutti gli ospedali.

Verrà quindi indicato nelle linee generali il tipo e l'entità del personale medico e paramedico per i reparti Ostetrico-Ginecologici, per i Nidi per neonati sani, per i Reparti di Patologia Neonatale e di Neuropsichiatria Infantile e per i Servizi di Genetica. Una parte di tali indicazioni è tratta dai «Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale» della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia e della Società Italiana di Pediatria.

Divisioni Ostetrico - Ginecologiche.

Una Divisione Ostetrico-Ginecologica ottimale dovrebbe servire una popolazione di circa 100.000 abitanti, con 1.500 parti-anno.

Per i servizi di guardia ostetrica 24 ore su 24, accettazione e pronto soccorso, sala operatoria, servizio di corsia, ambulatorio è stato calcolato il seguente fabbisogno di personale:

a) Personale medico (a tempo pieno)

1 Primario
3 Aiuti
11 Assistenti

b) Personale paramedico
14 Ostetriche (2 ostetriche capo sala)
+ 1 turno di infermiere professionali (5 unità)
+ infermieri generici ed ausiliari in rapporto ai posti letto ed ai servizi.

Inoltre l'organico del personale deve comprendere:
1 Assistente Sociale
1 Segretario/a.

Per Divisioni più ampie e con Sezione di gravidanze ad alto rischio è sufficiente un aumento dell'organico medico e paramedico di tipo modulare, ossia 1 assistente ed eventualmente 1 aiuto più 1 turno completo di ostetriche più il personale generico ed ausiliario per ogni sezione, aumentati del coefficiente per sostituzioni per ferie, riposi, congedi, ecc.

Per le Divisioni di minori dimensioni l'organico tipo potrà essere ridotto solo lievemente ed in modo non proporziale, dovendo assicurare comunque:

— la guardia ostetrica

— la presenza di ostetriche in ogni turno e quindi l'organico minimo, anche per le piccole Divisioni (circa 500 parti-anno), non può scendere al di sotto di:

a) Personale medico (a tempo pieno)
1 Primario
2 Aiuti
6 Assistenti

b) Personale paramedico
11 Ostetriche (di cui 1 capo sala) + generici ed ausiliari in rapporto ai posti letto ed ai servizi.

E' superfluo sottolineare che la Divisione ottimale con meno del doppio del personale può svolgere una attività tripla rispetto alla piccola Divisione.
Nidi per neonati sani.

a) Personale paramedico.

Poiché il neonato deve essere alimentato almeno 7 volte e deve essere pulito e cambiato più volte nelle 24 ore, senza sensibili differenze tra mattino, pomeriggio o notte, è necessaria una infermiera per turno per ogni 10 culle o frazione, per cui, comprendendo il personale per le sostituzioni (ferie, riposi settimanali, congedi, malattie, ecc.) si ha il seguente fabbisogno:

— 5 vigilatrici d'infanzia od infermiere professionali per ogni 10 culle o frazione;

— ausiliari in numero variabile a seconda delle dimensioni del nido.

b) Personale medico (a tempo pieno)

Per quanto riguarda il personale medico, il nido va considerato come una Sezione della Divisione di Pediatria o di Patologia Neonatale, per cui il personale medico dovrà essere così ripartito:

— 2 Assistenti (per assicurare la presenza anche durante le ferie ed i riposi);

— + 1 Aiuto (nei nidi di maggiori dimensioni)

Per i nidi di maggiori dimensioni, in ospedali con gravidanze ad alto rischio, per assicurare anche il servizio in sala parto 24 ore su 24, è necessaria la guardia neonatologica o pediatrica continua, assicurata, in ordine preferenziale decrescente:

a) dalla Divisione di Patologia Neonatale, di cui il Nido costituisce una Sezione;

b) dalla Divisione di Pediatria, di cui il Nido costituisce una Sezione;

c) dal personale medico del Nido qualora questo debba provvedere autonomamente al controllo dei neonati, alla Sezione di Patologia Neonatale ed al servizio in sala parto.

Nei casi a) e b) l'organico del Nido e della eventuale Sezione di Patologia Neonatale va sommato all'organico delle Divisioni di Pediatria o di Patologia Neonatale, a cui si rimanda; nel caso c) l'organico medico deve essere costituito da:

— 1 Aiuto;
— 5 Assistenti a tempo pieno.

Divisioni di Patologia Neonatale.

Tenendo conto dei diversi compiti di una Divisione di Patologia Neonatale l'organico necessario, per un'ampiezza di 30-50 posti letto è il seguente:

a) Personale medico (a tempo pieno)

1 Primario
2 Aiuti
7 Assistenti
+ il personale medico delle Sezioni Aggregate (Nido, Terapia Intensiva Neonatale, Trasporto).

b) Personale paramedico

Dai calcoli basati sulle percetuali di prematuri, neonati in terapia intensiva con o senza ventilatoria, neonati in terapia intermedia o minima normalmente ricoverati in una Divisione di Patologia Neonatale, per una Divisione di 30 posti letto occorre il seguente personale:

30 Vigilatrici d'Infanzia (o infermieri professionali)
9 Ausiliari
+ 1 Assistente Sociale
1 Segretario/a
1 Tecnico per il Laboratorio Neonatale.

Divisione di Pediatria.

L'entità del personale medico e paramedico deve tener conto, oltre ai posti letto, anche dei servizi esterni (ambulatorio, Day-Hospital, ecc.):

a) Personale Medico (a tempo pieno).

Dipende dal numero delle Sezioni e Servizi della Divisione. Comunque, ove sia richiesta l'assistenza neonatale ed il servizio in sala parto, per assicurare la guardia pediatrica 24 ore su 24 l'organico non potrà essere inferiore a:

1 Primario
2 Aiuti
5 Assistenti.

b) Personale paramedico.

Tenedo conto delle indicazioni della Legge (D.P.R. 128/1969) al personale previsto per i posti letto (2 ore per paziente per 24 ore) deve essere aggiunto un turno completo (5 unità) per ogni Servizio (Pronto Soccorso, ambulatorio, Day-Hospital, ecc.). Nelle Divisioni più piccole alcuni servizi possono essere serviti dalla stessa unità di personale.

Il personale diplomato (Vigilatrici o Professionali deve essere in quantità sufficiente per assicurare la presenza di un elemento per turno e per servizio, compresi il pronto soccorso/ambulatorio ed il Day-Hospital.

Inoltre deve esserci almeno un turno (3 unità) di ausiliari per ogni Servizio o Sezione.

Servizi Autonomi di Neuropsichiatria Infantile.

L'entità del personale medico paramedico e tecnico deve tener conto, oltre che dei posti letto, dei servizi esterni (ambulatorio, day-hospital) e della presenza o meno dell'equipe multiprofessionale nel servizio stesso. Quando il servizio coincide con la sede universitaria dell'insegnamento del Corso di Laurea e della Scuola di Specializzazione di Neuropsichiatria Infantile si dovrà tener conto, nell'assegnazione del personale, dei compiti di ricerca e di didattica, soprattutto per quanto riguarda la formazione e l'aggiornamento professionale degli operatori.

a) Personale Medico (a tempo pieno)

1 Primario;
1 Aiuto;
5 Assistenti.

b) Personale non Medico e Tecnico

4 Psicologi;
3 Terapisti della riabilitazione;
1 Terapista della psicomotricità;
1 Logopedista;
2 Assistenti Sociali;
1 Dattilografo;
1 Segretaria.

c) Personale paramedico

Il personale paramedico può far parte dell'organico dell'ospedale o della struttura dove è indicato il Servizio Autonomo di Neuropsichiatria Infantile, in ogni caso il personale paramedico deve essere simile, come qualifica e numerosità, a quello delle Divisioni di Pediatria.

Servizi di Genetica Clinica.

Il personale medico, paramedico e tecnico dei suddetti servizi si articola come segue:

1 Direttore;
1 Assistente medico (oppure 2 Assistenti medici);
3 Assistenti biologi (oppure 2 Assistenti biologi se vi sono 2 Assistenti medici);
2 Tecnici coadiutori;
1 Infermiere Professionale
1 Ausiliario
1 Segretaria - Archivista.

APPENDICE:

I - PREVENZIONE ED ASSISTENZA AI PORTATORI DI HANDICAP IN ETA' EVOLUTIVA.

Per quanto attiene alla prevenzione dell'handicap, specie di tipo neurologico e/o psichico, si fa riferimento a quanto esposto nel Progetto obiettivo materno-infantile e, particolarmente, dove si tratta dell'organizzazione dell'assistenza neuropsichiatrica e del servizio di genetica; non si potrà inoltre prescindere dal potenziamento e dall'attivazione di altri tipi di servizi come quello consultoriale (la cui rete è a tutt'oggi ancora gravemente carente).

Per programmare invece in maniera organica e più compiuta l'assistenza ai portatori di handicap in età evolutiva sarà necessario organizzare sia un efficiente servizio domiciliare — di cui dovranno farsi carico le équipes multiprofessionali di neuropsichiatria infantile delle UU.SS.LL. (vedi appresso) — che altri servizi di carattere più spiccatamente sociale come i gruppi-appartamento e le case-famiglia; dovrà inoltre essere assicurata la formazione professionale protetta.

L'assistenza agli handicappati in età evolutiva (fino ai 18 anni) si articola a livelli diversi a seconda del grado di compromissione fisica, psichica e/o sensoriale.

Un primo livello è individuabile, per i meno compromessi e più suscettibili di ricupero, nella struttura poliambulatoriale dell'U.S.L. (che dovrà per questo essere dotata di palestra per fisioterapia ed ambienti destinati

alla psicomotricità ed alla logoterapia) dove opera, insieme agli altri specialisti, l'équipe multiprofessionale di neuropsichiatria infantile. Questa attività ambulatoriale dovrà essere integrata prevedendo anche l'assistenza domiciliare di sostegno.

A questo stesso livello (e cioè uno per ogni U.S.L.) è pero indispensabile porre un servizio per handicappati gravi che abbia caratteristiche insieme sociali e sanitarie e che funzioni esclusivamente nelle ore diurne (otto-dieci ore) consentendo quindi il rientro quotidiano del ragazzo nella famiglia, con la quale vanno mantenuti frequenti contatti al fine di concorrere ad evitare l'abbandono da parte dei familiari.

Questi Servizi Diurni dovranno finalizzare la loro attività al conseguimento del massimo grado di autonomia dell'handicappato, ad una azione costante di stimolo delle sue potenzialità residue e dell'opera continua di socializzazione da perseguirsi mediante soggiorni di vacanza, passeggiate quotidiane e frequente accesso a piscine e palestre pubbliche. Saranno inoltre previsti locali per attività di laboratorio alcune delle quali potranno essere svolte anche in altre strutture pubbliche o private (v. Locali punto A.).

Ad un livello diverso si pone invece il Servizio Residenziale per gli handicappati che presentino problematiche sanitarie e/o sociali tali da rendere impossibile il rientro serale in famiglia.

Si ritiene che per i bisogni della Regione sette di questi Servizi siano sufficienti e la loro dislocazione dovrà facilitare le visite delle famiglie. In questo tipo di Servizio è indispensabile che il rapporto educatore-infermo sia 1/1.

Laddove si verificherà (in 7 su 22 U.SS.LL. la coincidenza logistica di un Servizio Residenziale e di un Servizio Diurno, le strutture di quest'ultimo saranno a disposizione anche degli ospiti di quello residenziale. Ambedue i tipi di Servizio (residenziale e diurno) oltre a disporre di personale proprio, fruiranno della consulenza del neuropsichiatra infantile, del fisioterapista, del terapeuta della psicomotricità e del logopedista afferenti all'U.S.L. di appartenenza.

I servizi Residenziali per gravi saranno ubicati come segue:

— Cagliari 2 (di cui uno ad Iglesias) ed 1 rispettivamente a Sassari, Nuoro, Oristano, Olbia, Lanusei.

II - TUTELA DELLA SALUTE NELL'ETA' SCOLASTICA.

Assumendo in carica il bambino dai 3 a i 14 anni, la scuola non può disgiungere dalle finalità educative quelle di tutela della salute nell'età scolastica; e tanto più ciò acquista significato se si considera che una tale attività medico-preventiva rappresenta una necessaria continuazione degli interventi, eseguibili nelle età precedenti, con inizio in epoca preconcezionale.

All'attività di igiene e medicina scolastica, cui gli artt. 3 e 23 della L.R. 16 marzo 1981, n. 13, fanno riferimento, e che va realizzata a livello di distretto sanitario di base, competono:

— la sorveglianza sulla idoneità delle strutture e delle suppellettili, sull'igiene dei locali;

— le disinfezioni e disinfestazioni dei locali;

— le vaccinoprofilassi obbligatorie e consigliate;

— i saggi tubercolinici;

— la sorveglianza sulle riammissioni a scuola dopo malattie;

— la sorveglianza sulla refezione scolastica sia a livello igienico che nutrizionistico;

— i contatti col Consultorio Familiare per dati relativi agli alunni e per la conoscenza di condizioni familiari correlabili a situazioni particolari di taluni soggetti;

— i contatti con le famiglie, con gli insegnanti, con gli organi collegiali della scuola;

— la sorveglianza periodica sullo stato di salute fisica e psichica degli alunni (bilanci di salute);

— la programmazione delle necessarie indagini specialistiche integrative (cliniche, strumentali e di laboratorio);

— la valutazione e la certificazione dell'idoneità all'espletamento di attività fisico-sportive;

— gli interventi di educazione sanitaria motoria e sportiva;

— la promozione dell'educazione sanitaria attraverso un idoneo supporto informativo agli insegnanti ed il coordinamento dei programmi specifici.

Nella realizzazione dei suddetti interventi si dovrà tra l'altro:

1) disporre del «Libretto sanitario personale» degli alunni con i dati rilevati in precedenza, del quale si farà carico di curarne l'aggiornamento con i dati più significativi emersi nei «bilanci di salute» in ambito scolastico;

2) recuperare il più possibile il servizio medico di base con particolare riguardo al pediatra che ha seguito il bambino fin dalla nascita, e le competenze afferenti

al settore dell'età evolutiva del secondo servizio (art. 25 della L.R. 13/1981);

3) utilizzare secondo necessità le competenze specialistiche integrative;

4) avvalersi degli strumenti indicati dalla Regione per l'uniformità degli interventi;

5) disporre di idoneo personale, locali ed attrezzature.

Competono alla Regione la messa a punto di una cartella sanitaria codificata preferibilmente del tipo «problem-oriented» da utilizzare nel periodo scolare e l'elaborazione del programma tipo di screening polifasico di massa da adottare; alle UU.SS.LL. l'adattamento dei programmi e degli strumenti operativi alle singole situazioni. I compiti legati all'attività di controllo e sorveglianza saranno affidati al Servizio di igiene pubblica mentre quelli relativi ai problemi della prevenzione e dell'educazione sanitaria nell'età evolutiva saranno affidati al Servizio materno infantile.

SERVIZI PER HANDICAPPATI GRAVI

Personale

A) Servizio Diurno (fino a 30 pazienti):
- 5 educatori,
- 1 infermiere,
- 4 inservienti più addetti ai servizi di cucina e trasporto.

B) Servizio Residenziale (fino a 30 pazienti):
- 1 coordinatore,
- 30 educatori,
- 3 infermieri,
- 10 inservienti,
- 1 magazziniere,
- 1 guardarobiere,
- 1 segretaria, più gli addetti ai Servizi di cucina, lavanderia e trasporto.

Locali

A) Servizio Diurno:
- 1 locale per psicomotricità,
- 1 locale per musicoterapia,
- locali per laboratori (questi ultimi potranno essere individuati anche all'esterno del Servizio: falegnamerie, tipografie, tessiture, ceramiche, coltivazioni in serra),
- Servizi igienici per personale ed infermi,
- Ampio spazio verde circostante

B) Servizio Residenziale:
- 1 locale per infermeria,
- 1 locale per cucina attrezzata anche per essere usata dai pazienti.
- 3 locali per camere pranzo,
- 4 camere da letto a posto singolo a 6 e 4 posti separati da pannelli di legno alti 1 metro.

PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE MALATTIE PROFESSIONALI E TUTELA DEI LAVORATORI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO.

L'importanza assunta dai problemi socio-sanitari dell'ambiente di lavoro si è manifestata in questi ultimi anni in modi diversi e concorrenti.

Da una parte con l'aumento della patologia causata dal lavoro che ,in relazione all'evoluzione della scienza e della tecnica, ha assunto marcati caratteri di aspecificità essendo prodotta non solo dai fattori tradizionali ma dall'insieme dei fattori che agiscono nell'ambiente di lavoro; dall'altra con l'enorme aumento del suo costo economico espresso non solo dai costi assicurativi, ma anche da quelli non assicurativi, tra i quali hanno rilievo quelli aziendali e — non ultimi — quelli connessi alle perdite subite dai lavoratori in termini di differenze salariali.

Sul piano scientifico, inoltre, si è acquisita sufficiente dimostrazione che la salute dei lavoratori si tutela fondamentalmente con la prevenzione e che questa deve essere «primaria», impegnata cioè a conoscere ed a rimuovere le cause di nocività dell'ambiente di lavoro. Si è anche ragginuto un adeguato livello di conoscenza circa l'interazione che esiste, ai fini dell'equilibrio psico-fisico dei lavoratori, tra ambiente di lavoro ed ambiente di vita e circa l'influenza che alcuni fattori esterni all'ambiente di lavoro (la casa, i trasporti, la scuola, il tempo libero, il reddito, etc.) esercitano su di esso. Il che comporta la necessità che l'attività di prevenzione primaria, rivolta all'ambiente di lavoro, sia in stretta relazione con quella rivolta all'ambiente di vita in maniera che l'insieme degli interventi assuma carattere di unitarietà e di globalità.

La patologia del lavoro (infortuni sul lavoro e malattie professionali) rilevata in Sardegna è, ovviamente, strettamente legata alle attività lavorative praticate, alle condizioni igienico-ambientali, organizzative e sociali nelle quali dette attività si sviluppano ed alle misure di protezione e di prevenzione che si è riusciti a porre in atto.

Il quadro si presenta, per certi versi e soprattutto per la mancanza quasi assoluta di adeguati presidi igienico-sanitari, più serio di quello di molte altre regioni.

La Sardegna risulta in fatto di infortuni su lavoro al di sopra della media nazionale, sia per quanto riguarda il numero degli incidenti nel loro insieme, sia per quanto riguarda il numero dei casi mortali. La situazione è, in realtà, più grave di quella che esprimono le cifre ufficiali: i 20-25.000 infortuni che mediamente sono stati segnalati negli ultimi 10 anni, in effetti, rappresentano solo una parte di tutti gli infortuni effettivamente verificatisi, in quanto in queste cifre non è compreso l'enorme numero degli infortuni più lievi che non sono soggetti a denuncia obbligatoria e che quindi, in pratica, sfuggono all'attuale, inefficiente, sistema di rilevazione statistica. Questi dati assumono carattere ancora più pesante ed allarmante se si confrontano con quelli di altri paesi industrialmente progrediti.

Né minori preoccupazioni suscita il settore delle malattie professionali, che risultano, anche in Sardegna, in progressivo aumento; i dati statistici forniti al riguardo sono, purtroppo, ancora più che nel caso degli infortuni sul lavoro, per un complesso di motivi che sarebbe qui troppo lungo analizzare, del tutto approssimativi.

Le malattie professionali più comunemente segnalate fino ad oggi, quelle tradizionali dell'area sarda sono: malattie respiratorie (pneumoconiosi) legate alla inalazione di polveri, intossicazioni da metalli (in particolare da piombo), disturbi (vascolari ed articolari soprattutto) dovuti all'assorbimento di vibrazioni meccaniche (da martello picconatore, perforatrici ed altri strumenti vibranti).

Le malattie da polveri, tra le quali la silicosi è la più grave espressione, hanno rappresentato in passato un problema serio, di eccezionale portata; in questi ultimi anni si è osservato una marcata flessione del numero di nuovi casi, fatto che non deve, peraltro, generare ingiustificati ottimismi, essendo dovuto questo calo, oltre che alle misure di prevenzione poste in atto, anche alla drastica riduzione delle unità lavorative, — da circa ventimila a un migliaio, impiegate in operazioni di manutenzione, solo nel bacino carbonifero del Sulcis — operatasi nell'industria estrattiva, ai cui rischi era prevalentemente legata la patologia professionale isolana fino ad ora denunciata. Il fenomeno della silicosi e delle altre forme di pneumoconiosi non può dirsi, però, ancora del tutto superato, perché sono sempre numerose ed anzi in aumento le industrie nelle quali risulta presente, oltre alla industria estrattiva, tale tipo di rischio.

La non frequente segnalazione, nel passato, di altre malattie professionali al di fuori di quelle ricordate, è dovuta solo in parte al fatto che, come già osservato, per molto tempo l'industria estrattiva ha rappresentato la attività industriale più importante dell'isola; è necessario, infatti, tenere anche presente che molte malattie professionali non venivano denunciate, in quanto fino a qualche anno fa numerosi rischi professionali — sia nel settore industriale ma soprattutto in quello agricolo — non godevano di copertura assicurativa.

Negli ultimi quindici-venti anni, però, la situazione è radicalmente mutata: l'attività nell'industria estrattiva si è andata sempre più contraendo — anche se ci si trova di fronte a promettenti sintomi di ripresa — mentre si è andato registrando un sempre più accentuato processo di industrializzazione nei settori metallurgico, petrolifero, petrolchimico e di derivazione (con le ben note, preoccupanti, alterne vicende).

Si tratta, dunque, di insediamenti produttivi relativamente recenti (alcuni dei quali in via di esponsione contrassegnati ,molti, da una tecnologia avanzata e dalla comparsa nell'ambiente di lavoro di nuovi fattori di rischio che si aggiungono, spesso, a quelli tradizionali già presenti; tutto questo comporta problemi socio-sanitari, medico-preventivi e di igiene industriale di vasta portata, che riguardano non solo le popolazioni direttamente impiegate nel processo produttivo ma anche quelle gravitanti intorno ai nuclei industriali.

Molte delle nuove industrie, in particolare quella chimica e quella petrolchimica, oltre a contribuire ad inquinare l'ambiente di lavoro e quello esterno, hanno una fonte di rischio in quell'elevato grado di meccanizzazione e di manutenzione che, per altri versi, ne rappresenterebbe una caratteristica positiva.

I compiti principali della manodopera impiegata in questi settori consistono in attività di controllo, manutenzione degli impianti, ripristino del ciclo produttivo in caso di arresto, etc.. I pericoli sono rappresentati, dunque, oltre che dalla possibile insalubrità degli ambienti, da fattori connessi alla organizzazione del lavoro che comporta facilmente ritmi pesanti, esasperata attentività, opprimente ripetitività, monotonia eccessiva, gravi turbe del ritmo sonno-veglia, riposi insufficienti e mal disposti, e così via.

Settore che risente ancora oggi dell'assoluta inadeguatezza e della completa inefficienza del sistema di tutela e di salvaguardia della salute e della sicurezza nei posti di lavoro è, poi, quello dell'agricoltura: anche qui a fronte di una patologia tradizionale (reumoartropatie, broncopneumopatie, infezioni ed infestazioni professio-

nali, tra le quali ultime primeggia la echinococcosi, nei confronti della quale la nostra isola vanta un triste primato non solo in campo nazionale) va emergendo la patologia legata alla decisa evoluzione tecnologica che ha interessato anche questo vitale settore dell'economia sarda (meccanizzazione sempre più spinta, sempre più largo impiego di fertilizzanti, di erbicidi e di antiparassitari in genere, che risultano dannosi anche per l'uomo, e così via).

C'è ancora, da tenere presente che l'assenza di una struttura industriale tradizionale porta ad attingere all'unico serbatoio esistente, vale a dire quello rurale e pastorale, la mano d'opera necessaria ai nuovi insediamenti industriali e non raramente questo stesso brusco trapasso da condizioni agro-pastorali a condizione operaia determina nel lavoratore un trauma psicofisico non indifferente, generando stati di disadattamento talvolta difficilmente superabili.

Una patologia che d'ora in avanti ci sarà dato di osservare, quindi, con sempre maggiore frequenza sarà costituita da disturbi psicologici e psicopatologici.

All'operaio di oggi — ed in particolare in alcuni tipi di attività — si richiede una prestazione qualitativamente più elevata rispetto al passato; ne deriva che, al posto di una patologia di tipo neuro-muscolare e caratterizzata soprattutto soggettivamente dall'insorgere di uno stato di affaticamento più o meno profondo, noi osserviamo comunemente una patologia di tipo neurosensoriale, caratterizzata da una usura emotiva e mentale che può portare a stati di disadattamento, che possono rendere l'operaio più vulnerabile verso l'infortunio e verso le malattie in genere o rappresentare, anche, una tappa intermedia verso quadri psicopatologici di maggiore gravità.

Quanto detto, si ritiene sia sufficiente a dare una idea abbastanza precisa e convincente di quanto scadenti e pericolose siano le condizioni di lavoro nelle quali si trovano a dover operare i lavoratori sardi e, conseguentemente, della assoluta necessità di sviluppare, senza ulteriori ingiustificati indugi, una adeguata, indispensabile opera di prevenzione. Premessa indispensabile all'avvio di questo improcrastinabile intervento igienico sanitario è la realizzazione dei presidi pubblici di medicina ed igiene del lavoro a diverso livello (nelle aziende, nelle unità sanitarie locali, nei presidi multizonali) così come e chiaramente previsto nella legge 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

a) *Obiettivi.*

Le Regioni, già da tempo hanno indicato le finalità generali ed i compiti dei servizi per la prevenzione, l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro in modo da

— garantire l'integrazione e lo svolgimento di tutte le funzioni e le competenze attribuite ai Comuni in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro ai sensi delle norme richiamate dall'art. 24 del DPR di attuazione della L. 22.7.1975, n. 382 e del DPR 24.7.1977, n. 616, nonché di quelle altre competenze assegnate alle U.S.L. dalla riforma sanitaria;
— consentire, mediante l'apprestamento di idonee strutture tecniche ed operative, il controllo delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie profssionali, nonché delle misure volte a tutelare la salute nei luoghi di lavoro;
— promuovere e coordinare le attività di ricerca volte alla conoscenza ed alla rimozione delle cause di rischio e di danno presenti negli ambienti di lavoro in stretto collegamento con gli Istituti di ricerca e con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro.

Il raggiungimento di questi obiettivi, salvo che per le funzioni che la Legge 833 riserva allo Stato ed alle Regioni, è compito dei Comuni, che l'esercitano mediante le U.S.L..

Le U.S.L. devono provvedere: all'educazione sanitaria, all'igiene dell'ambiente, all'igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, agli accertamenti, alle certificazioni e ad ogni altra prestazione medico-legale spettante al Servizio Sanitario Nazionale.

Sulle U.S.L., quindi, graveranno anche i compiti di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, a suo tempo svolti dall'Ispettorato del Lavoro, dall'ENPI e dall'ANCC. Per quanto riguarda in particolare l'attività di prevenzione, le U.S.L. dovranno provvedere: all'individuazione, all'accertamento, al controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di determinamento negli ambienti di vita e di lavoro; alla comunicazione dei dati accertati; all'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di vita e di lavoro; alla formulazione di mappe di rischio; alla verifica delle compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di attività produttive con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute.

A tutti questi compiti le U.S.L. provvederanno mediante gli operatori dei propri servizi di base e dei presidi specialistici multizonali, nonché con gli operatori che sono preposti all'erogazione delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione.

L'esercizio di tutte queste attività verrà assicurato dalle U.S.L. mediante l'organizzazione per la prevenzione, l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro.

Tali attività saranno poste in essere e programmate dalla Regione, con apposite iniziative soprattutto per quanto concerne la formazione del personale, le attività di studio e di ricerca, avvalendosi della collaborazione delle due Università della Sardegna.

Salvo quanto sarà definito in dettaglio nelle sedi opportuno ai fini dell'attuazione del presente progetto-obiettivo, le indicazioni per la qualificazione dell'attività di supporto della Regione riguardano:

— l'avvio di piani di formazione del personale, con particolare riguardo per i medici dei servizi e per i tecnici della prevenzione;

— la definizione di programmi di consulenza tecnico-scientifica da parte delle Università di Cagliari e di Sassari che coinvolgono non solo le Facoltà di Medicina ma anche altre Facoltà ed Istituti.

L'impostazione di programmi di ricerca e di intervento mirato sia di natura epidemiologica che clinica, la messa a disposizione dei servizi di base di tutte le informazioni necessarie agli interventi di controllo ambientale e sulle persone ai fini della riduzione e progressiva eliminazione del rischio e del danno.

— la predisposizione di un Centro di documentazione sui rischi e sui danni da lavoro, quale supporto informativo fondamentale per la socializzazione delle conoscenze sui temi della prevenzione nei luoghi di lavoro sia a livello politico-amministrativo che a livello tecnico e sindacale.

b) *Compiti.*

In base al quadro normativo contenuto nella L. 833, le attività di prevenzione, l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro delle U.S.L. comprendono:

educazione sanitaria.

Si dovrà realizzare una diffusione capillare e sistematica delle informazioni e delle conoscenze con particolare riferimento alle cause di nocività ambientale ed alla patologia professionale. Tale attività deve essere rivolta non solo ai lavoratori direttamente interessati, ma anche alla popolazione in generale e deve costituire la base per l'instaurazione di un nuovo rapporto tra lavoratori, popolazione ed operatori dei servizi;

controlli sull'ambiente.

Questi controlli si riferiscono alle fonti di inquinamento, alla organizzazione del lavoro ed ai processi tecnologici, alle condizioni di igiene, salubrità degli opifici e degli ambienti di lavoro in generale.

L'accertamento dei rischi ambientali comporta la rilevazione di parametri sempdici ed il prelievo di campioni di vario genere da sottoporre ad analisi più complesse. Per l'esecuzione di tali funzioni i servizi saranno dotati di idonee attrezzature e strumentazioni semplici di base. Il tipo e le caratteristiche delle indagini saranno determinati sulla base delle mappe di rischi costruite nelle varie zone o nelle diverse attività produttive, e riguarderanno l'inquinamento da agenti fisici e da agenti chimici sia corpuscolari che gassosi, i sistemi di depurazione ed i sistemi antinfortunistici.

Indagini e attività più complesse, che richiedono strumentazioni sofisticate ed onerose ,personale specializzato e interventi tecnici complessi, saranno invece eseguite dai presidi multizonali di prevenzione.

controlli preventivi sui nuovi insediamenti produttivi.

A questi interventi è affidata in gran parte la possibilità di rimuovere, fin dalla fase di progettazione e di insediamento delle nuove unità produttive, le eventuali e possibili fonti di nocività.

A tal fine i servizi di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro formuleranno pareri preventivi obbligatori sui progetti di insediamenti industriali o di attività produttive in genere, sulla modifica o ampliamento degli stessi, al fine di accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente, la difesa della salute dei lavoratori e della popolazione.

Tali interventi dovranno essere eseguiti in stretta collaborazione con i servizi di igiene pubblica. Questi due tipi di attività costituiscono il settore di Igiene dell'ambiente di vita e di lavoro delle U.S.L..

predisposizione di mappe di rischio a livello territoriale e settoriale.

L'esercizio di tale funzione comporta la raccolta di tutte le informazioni relative alle unità produttive, all'ambiente ,nonché dei risultati di eventuali indagini aggiuntive a fini epidemiologici svolte sia su persone che su animali dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro.

Le mappe di rischio costituiscono infatti il presupposto fondamentale per un intrevento preventivo «mirato e selezionato». Alla loro predisposizione si potrà pervenire considerando il problema nel più ampio contesto dell'organizzazione e della gestione dell'informazione e quindi nell'ambito del sistema informativo che sarà istituito dalla Regione. A questo scopo è necessario che gli strumenti informativi posseggano le caratteristiche di cui si dirà dettagliatamente più avanti.

eliminazione dei fattori di rischio.

La complessità del compito, che investe non solo aspetti tecnici ma anche istituzionali, sindacali e tecnico-

scientifici, non consente l'adozione di uno schema operativo rigido. La bonifica dell'ambiente di lavoro e l'abbattimento della nocività ambientale, dei rischi e dei danni da lavoro dovrà basarsi essenzialmente:

— sull'applicazione delle normative vigenti in materia di sicurezza;

— sull'uso degli strumenti d'intervento propri degli ufficiali di polizia giudiziaria;

— sulla formulazione di indicazioni idonee all'abbattimento dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro;

— sulla predisposizione e la realizzazione di piani di settore e per comparti produttivi;

— sulla verifica a livello aziendale, conseguente ad indagini ambientali e piani di risanamento, effettuata congiuntamente con le rappresentanze sindacali ed il datore di lavoro delle ipotesi non espressamente previste da norme di legge.

controlli sanitari sui lavoratori.

Gli obiettivi da raggiungere con questa attività sono quelli di costruire elenchi di esposti a diversi rischi individuali nella forma più precisa possibile; indirizzare in modo mirato gli interventi volti al monitoraggio biologico alla diagnosi precoce ed al recupero dei danni prodotti dalle varie situazioni lavorative; mettere a disposizione del territorio e socializzare in tempi ravvicinati informazioni che, rendendo più complete le mappe dei rischi, creano condizioni per interventi di prevenzione primaria effettivamente mirati.

Ciò comporterà, innazitutto, la necessità di utilizzare tutte le informazioni disponibili presso le strutture sanitarie territoriali, i servizi di medicina aziendale, l'INAIL i sindacati ed i patronati. In questa maniera le attività di controllo a livello sanitario saranno dirette verso i soggetti esposti ai rischi evidenziati nelle mappe, ma gradualmente saranno estese a tutti i lavoratori in forma articolata e differenziata sul piano tecnico ed operativo.

In quest'ambito di attività sono funzioni proprie dei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro:

— l'analisi e la visita medica;

— la compilazione e l'aggiornamento del libretto personale di rischio e del libretto sanitario;

— l'elaborazione, il controllo e la raccolta dei questionari di gruppo;

— la programmazione e l'esecuzione di indagini epidemiologiche;

— l'educazione sanitaria sui problemi specifici della nocività ambientale e dello stato di salute dei lavoratori;

— il coordinamento degli accertamenti sanitari periodici previsti dalla legislazione vigente.

Per tutte le altre funzioni sanitarie i servizi dovranno rivolgersi agli altri presidi sanitari territoriali, definendo programmi di lavoro soprattutto per quanto riguarda: gli esami di laboratorio; le visite specialistiche; le indagini allergo-diagnostiche; la diagnosi immunologica ed ematologica; le indagini strumentali complesse ed ogni altra attività diagnostica di supporto all'attività preventiva, tra le quali assume rilievo il «monitoraggio biologico» dei lavoratori esposti a rischio.

accertamenti sanitari periodici.

Questi accertamenti oltre che per i fini specifici dovranno essere rivolti anche alla conoscenza dello stato igienico-sanitario dell'ambiente, delle condizioni e dell'organizzazione del lavoro, tenendo presente la necessità del loro coordinamento con le indagini sui rischi presenti nell'ambiente e nella organizzazione del lavoro al fine di garantire il carattere mirato delle visite mediche e di evitare la separazione tra gli aspetti sanitari e quelli ambientali che spingerebbe inevitabilmente verso la «medicalizzazione» dei servizi. Gli accertamenti, infine, oltre alla visita medica, devono comprendere quegli esami di laboratorio e quei controlli sanitari che p utilmente possono servire ad un controllo periodico di taluni rischi professionali.

L'effettuazione diretta di questi accertamenti sanitari periodici non rientra tra i compiti dei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro che potranno essere chiamati a garantirne l'esecuzione in base alle disposizioni contenute nel D.P.R. 19 marzo 1956, n. 303 e nell'art. 9 della Legge 20 maggio 1970, n. 300.

In questa attività può essere impegnata l'opera dei Distretti Sanitari e quello dei Medici che in base alla Convenzione Unica per la medicina generica (art. 43) sono chiamati a partecipare direttamente all'attività di prevenzione della U.S.L. ed a collegarsi funzionalmente con i servizi di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro, ai quali spetta invece il coordinamento soprattutto ai fini della programmazione degli interventi e della esecuzione di indagini epidemiologiche mirate alla formulazione di mappe di rischio.

protezione dai rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti.

Ai servizi di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro sono affidati, nell'ambito di un settore di at-

tività così complesso che richiede una vera e propria struttura pubblica di radioprotezione, compiti di indagine capillare sulle condizioni di sicurezza degli impianti e di protezione dei lavoratori.

Per l'espletamento di tale attività i servizi si avvarranno del supporto tecnico dei presidi multizonali di prevenzione e di prestazioni fornite dai servizi ospedalieri fatta salva la specifica normativa in materia.

c) *Metodologie di intervento*

Il modello di intervento è costituito:

— da un momento conoscitivo: l'osservazione sistematica dell'ambiente di lavoro e dello stato di salute dei lavoratori;

— da un momento operativo: l'azione per il cambiamento e per il controllo. L'utilizzazione di questo modello, in base all'esperienza acquisita, non può essere sbilanciata né sul versante politico-sindacale, né sul versante tecnico.

L'interazione tra lavoratori e tecnici si realizza in maniera ottimale nel momento in cui, recuperando l'esperienza dei lavoratori organizzati nel gruppo omogeneo di rischio — con la discussione e la validazione consensuale — lo stesso gruppo omogeneo è in grado di indirizzare l'indagine tecnica sull'ambiente e sullo stato di salute e di elaborare proposte sul risanamento ambientale.

L'intervento dei tecnici servirà a verificare ed approfondire le varie ipotesi di nocività e di danno individuale dal gruppo omogeneo, a completare con dati obiettivi, frutto di misurazione, i dati soggettivi eventualmente già raccolti dai lavoratori ed infine, ad utilizzare in maniera efficace i servizi disponibili.

Il momento conoscitivo deve avere come suoi obiettivi specifici:

— la facilitazione della partecipazione dei lavoratori alle attività sia di indagine che di trasformazione;

— il rigoroso e sistematico controllo permanente delle condizioni di lavoro, ambientali e di salute;

ed è certo che gli strumenti impiegati, a seconda della loro struttura, possono ostacolare o favorire il raggiungimento di queste finalità. Pertanto essi devono possedere strutturalmente alcune qualità:

— chiarezza nella disposizione e nella lettura delle notizie raccolte;

— dinamicità potenziale;

— manegevolezza, per consentire il loro uso continuato;

— flessibilità, cioè capacità di adattarsi a conoscere realtà diverse;

— integralità, in maniera da favorire la costruzione di un «sistema» conoscitivo;

— universalità sensibilità e specificità per permetterne l'uso in qualunque situazione.

Il momento operativo

L'attuazione di un intervento preventivo sull'ambiente di lavoro (prevenzione tecnica) fondata sull'indirizzo ergonomico e sui lavoratori (prevenzione medica) fondata sul controllo continuo e sistematico sia dei parametri bio-medici e ambientali sia dei sistemi organizzativi;

— l'adozione di misure diagnostico-curative e riabilitative che devono essere espletate prevalentemente nei servizi socio-sanitari di base con l'eventuale supporto di strutture sanitarie, di livello superiore.

d) *strumenti operativi*

L'attività conoscitiva, attraverso la quale si attua il controllo permanente sulle condizioni di lavoro e di salute, si svolge secondo fasi distinte in rapporto all'uso dei diversi strumenti informativi:

fase della raccolta analitica dei dati sui rischi e sui danni e prime proposte di soluzioni:

Lo strumento per la raccolta dei dati soggettivi derivanti dalla esperienza dei lavoratori è il questionario di gruppo. Il questionario deve essere di facile comprensione e compilazione in maniera da esaltare l'esperienza dei lavoratori e la loro creatività nella ricerca delle soluzioni;

il confronto che sui dati raccolti nel questionario di gruppo si aprirà tra lavoratori e tecnici, con l'eventuale disponibilità di dati ambientali e sanitari, consente la formulazione di un programma di indagini e la predisposizione delle prime soluzioni;
queste indicazioni saranno espresse nella «scheda di programma»;

questa fase si chiude con la rilevazione dei dati ambientali che richiedono misurazioni e di quelli sanitari che necessitano di indagini mirate in base ai rischi.

fase della sintesi dei dati raccolti con proposte di soluzioni:

si tratta di mettere in relazione tra loro tutti i dati, soggettivi ed oggettivi, che hanno importanza nel determinare la condizione di rischio dei lavoratori del gruppo, per valutarne l'entità e l'origine, per suggerire

le soluzioni adeguate e per individuare danni già in atto o potenziali.

Lo strumento idoneo a questo scopo è la «scheda riepilogativa».

fase della registrazione continua dei dati:

si tratta della fase dinamica, e quindi di controllo sistematico, che consiste nella registrazione dei dati raccolti. In questa fase assumeranno particolare rilievo i dati concernenti i rischi e i danni. Gli strumenti da utilizzare in questa fase sono il «registro dei dati ambientali» ed il «registro dei dati biostatistici».

Il registro dei dati ambientali deve contenere in particolare la descrizione del rischio, le valutazioni soggettive ed oggettive su di esso, le osservazioni relative alle cause ed alle fonti, alle ipotesi di modifica, agli approfondimenti richiesti, alle modifiche realizzate, etc.; il registro dei dati biostatistici è riferito all'andamento di alcuni fenomeni quali gli infortuni, le malattie e le intossicazioni professionali, le malattie così dette comuni ed anche «i disturbi» sofferti dai lavoratori. Il registro dei dati biostatistici è uno strumento composito costituito dal registro quotidiano delle nuove assenze, degli infortuni, delle malattie professionali etc..

In questa fase devono essere anche utilizzati strumenti individuali per la raccolta dei dati, lo strumento, informativo individuale primario e costituito dal «libretto sanitario e di rischio», al quale deve essere affiancata la «scheda analitica di infortunio» al fine di memorizzare immediatamente tutte le informazioni importanti in caso di infortuni gravi.

L'operatività tecnica e sanitaria, in base alla quale si modificano le condizioni dell'ambiente di lavoro, si attua con il controllo dei parametri biomedici e ambientali e con la adozione di misure diagnostico-curative e riabilitative, si fonda su attività strutturate ai diversi livelli dell'organizzazione sanitaria. Tale attività deve essere strettamente connessa col sistema informativo sanitario regionale.

e) *Scelte operative*
Livello di Unità Sanitaria Locale

La legge regionale sulla individuazione ed organizzazione delle Unità Sanitarie Locali prevede in ciascuna delle stesse la attivazione di uno specifico servizio relativo all'igiene pubblica, igiene dell'ambiente, sicurezza negli ambienti di lavoro e medicina legale.

Per quanto attiene, quindi, il presente progetto obiettivo è opportuno rimarcare la notevole importanza delle funzioni connesse alla salute in fabbrica e negli ambienti di lavoro, che però si articola variamente secondo le caratteristiche ambientali ed economiche delle singole Unità Sanitarie Locali.

Queste stesse, infatti, assumono una caratterizzazione diversa a seconda del prevalente indirizzo industriale (ad esempio :Sassari, Siniscola, Lanusei, Nuoro, Macomer, Guspini, Iglesias, Carbonia e Cagliari) o agropastorale (ad esempio: Tempio, Ozieri, Olbia, Cuglieri, Oristano, Ales, Sorgono, Isili, Sanluri, Senorbì, Quartu S. Elena).

Le unità sanitarie locali a prevalente carattere industriale ed i cui compiti in materia di ambiente di vita e di lavoro sono stati già precedentemente indicati debbono organizzare il proprio servizio in modo da espletare validamente controlli sull'ambiente, sui nuovi insediamenti industriali pervenendo alla predisposizione di mappe di rischio, nonché di controlli sanitari sui lavoratori all'atto dell'assunzione o per le visite di idoneità.

Le attrezzature richieste per l'espletamento di tali compiti afferiscono ad accertamenti relativi a microclima, rumori, radiazioni, illuminamento, captazione di polveri e gas, sia all'interno che all'esterno delle unità produttive nell'ambito dello stabilimento.

Il personale occorrente può essere qualificato nel seguente modo:

— 1 medico del lavoro;

— 1 laureato in chimica;

— 1 laureato in fisica;

— 1 esperto in impiantistica industriale e/o sicurezza degli ambenti di lavoro;

— 4 tecnici diplomati per la necessaria opera di supporto.

Le Unità Sanitarie Locali a prevalente carattere agro pastorale per il perseguimento di compiti diversificati da quelli individuati per le Unità Sanitarie Locali a carattere industriale, potranno far riferimento a forme di collaborazione tecnica con i presidi multizonali di medicina del lavoro e prevenzione ed in ogni caso opereranno con 1 medico del lavoro.

Livello di presidi e servizi multizonali

Per la particolare concentrazione industriale e per la varietà delle problematiche in materia di medicina del lavoro, sono stati individuati i seguenti Presidi multizonali di prevenzione ubicati in Portoscuso, Portotorres, Assemini-Cagliari e Nuoro i cui servizi provvedono al controllo e alla tutela della salute dei lavoratori, del-

l'igiene ambientale nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, in ambiti territoriali più vasti di quello dell'Unità Sanitaria Locale in cui è ubicato il Presidio come in appresso sarà indicato. In particolare:

— Il Presidio multizonale di Portoscuso estenderà la propria competenza agli ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali di Guspini, Iglesias, Carbonia, Sanluri.

— Il Presidio multizonale di Porto Torres estenderà la propria competenza agli ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali di Sassari, Alghero, Ozieri, Olbia;

— Il Presidio di Assemini-Cagliari comprenderà le Unità Sanitarie Locali di Cagliari, Quartu S. Elena, Senorbì, Isili;

— Il Presidio di Nuoro comprenderà le Unità Sanitarie Locali di Nuoro, Siniscola, Macomer, Ghilarza, Sorgono, Lanusei, Oristano, Ales.

Poiché l'attivazione immediata dei quattro presidi multizonali, pur rilevandone l'assoluta importanza, richiederebbe un impegno economico superiore all'attuale dotazione del fondo sanitario nello specifico campo del progetto-obiettivo, si ritiene di dover graduare nel tempo l'attivazione degli stessi, e quindi di attivare prioritariamente il Presidio di Portoscuso già in avanzata fase di realizzazione.

Ciò permetterà altresì di verificare puntualmente la congruità delle attrezzature richieste per il funzionamento e l'entità del personale occorrente, nonché procedere all esame degli interventi effettuati sul territorio di propria competenza.

Le strutture tecniche dei servizi multizonali dovranno assolvere ai seguenti compiti:

— visite periodiche;

— accertamenti diagnostici specifici;

— monitoraggio biologico;

— indagini sull'organizzazione del lavoro e controlli sugli inquinamenti fisici e chimici sia a livello di rilevamento se richiesto dalla Unità Sanitaria Locale sia a livello di determinazione.

Questi compiti vanno assunti attraverso le strutture tecniche fisse e mobili di cui dovrà essere attrezzato il presidio; gli strumenti intesi genericamente saranno individuati in relazione ai compiti da assolvere sia a livello medico che tecnico.

Il personale dovrà essere confacente e qualificato per poter affrontare problemi specifici o generali quali quelli inerenti il tema della salute nei luoghi di lavoro e la quantificazione di detto personale non dovrà basarsi semplicemente sul numero dei lavoratori esposti o sulle diminuzioni delle unità produttive ma soprattutto sul numero di visite periodiche previste per legge o dettate dalle particolari esigenze e sulla natura dei rischi presenti in quelle unità produttive sia legati all'ambiente di lavoro o alla sua organizzazione.

In linea di massima si può ipotizzare come sufficiente la presenza di un medico del lavoro per procedere a 1500 visite periodiche annue, alla tenuta dei libretti sanitari e di rischio, alla prevenzione infortuni, alla conoscenza del ciclo tecnologico dell'azienda e dei rischi presenti nell'ambiente di lavoro e di un infermiere professionale.

Questo programma si riferisce ad aziende che non dispongono di propri servizi di medicina del lavoro. Per le industrie che viceversa hanno propri ed efficienti servizi sanitari il presidio multizonale unitamente al servizio di medicina del lavoro delle Unità Sanitarie Locali dovrà dare opportune direttive, convogliare le tempestive esecuzioni di quanto richiesto, controllare l'efficienza delle apparecchiature e delle metodologie (controllo di qualità) e ricevere tutti i dati relativi allo stato di salute dei lavoratori esposti.

La stessa metodologia seguita per la parte sanitaria dovrà essere applicata per tutto ciò che concerne l'ambiente di lavoro e l'inquinamento esterno attraverso sia rilevazioni proprie effettuate da operatori attrezzati che partono dal servizio multizonale sia controllando come detto quanto eseguito dai servizi ecologici delle unità produttive.

Per quanto attiene la sicurezza infortunistica ed impiantistica dovrà farsi riferimento in particolare al personale ex ENPI, ex ANCC dello Ispettorato del lavoro.

Livello Ospedaliero

Un corretto e qualificato funzionamento dei servizi territoriali dovrebbe avere come immediato risultato quello della limitazione delle esigenze di ricovero ad un numero modesto di casi. Per questa ragione, anche in base ad esperienze condotte in altre regioni, si è individuato un quoziente regionale massimo di 0,06 p.l. ‰ abitanti dalla cui applicazione dovrebbe derivare una disponibilità di 95 p.l., attualmente solo in parte soddisfatta con i 63 p.l. della Clinica del Lavoro dell'Università d iCagliari. La copertura totale del fabbisogno, per i residui 32 p.l. dovrebbe nel corso dei prossimi anni realizzarsi con l'organizzazione di un reparto a disposizione della Cattedra di Medicina del Lavoro dell'Università di Sassari.

La disponibilità di queste due strutture di ricovero dovrebbe consentire l'osservazione di quella quota selezionata di nosologia dal cui studio trarre sistematiche indicazioni circa le caratteristiche e l'evoluzione della patologia da lavoro in Sardegna. Ma è evidente che le risorse scientifiche e professionali esistenti in questo campo nelle due Università Sarde, insieme con la esperienza che è maturata all'interno di alcuni qualificati servizi aziendali e che maturerà nei servizi di medicina del lavoro e nei presidi multizonali delle U.S.L.; dovranno sistematicamente essere utilizzate per lo svolgimento di alcune iniziative prioritarie quali: la ricerca sanitaria finalizzata, l'osservazione epidemiologica e la conseguente mappatura dei principali rischi, la costituzione e il funzionamento del Centro Regionale di documentazione sui rischi e sui danni da lavoro, la formazione del personale medico, tecnico e paramedico.

Per il raggiungimento di questi obiettivi la Regione intende avvalersi anche della sistematica collaborazione del Laboratorio di Igiene del Lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità e delle competenze che saranno rese disponibili dalla entrata in funzione dell'Istituto Superiore per la prevenzione e per la sicurezza del lavoro.

f) *Aspetti finanziari.*

Per l'avvio del progetto sono state rese disponibili, a valere sui fondi 1980-1981, risorse finanziarie sull'ordine di 5 miliardi, ripartiti secondo quanto disposto dalla delibera della Giunta Regionale 30.12.1981.

Resta fermo in merito la norma della vigente legislazione per quanto riguarda i compiti delle aziende ed i rapporti tra le stesse e le Unità Sanitarie Locali.

BENESSERE SOCIALE E SANITARIO DEGLI ANZIANI

In questo progetto, anche in conformità con quanto fissato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, vengono convenzionalmente considerati «anziani» tutti i cittadini di età superiore ai 60 anni. Parlando di Anziani, emergono due aspetti fondamentali del problema e precisamente quello quantitativo e quello qualitativo.

A classificare l'aspetto quantitativo basterebbe ricordare che la frazione ultra-sessantenne della popolazione è passata in Italia da un valore di incidenza del 12% sull'intera popolazione quale risulta dai dati del censimento del 1951, a ben il 16,7% del 1978, che tradotto in valori assoluti significa 9.011.905 persone per cui è lecito ritenere che fin dall'inizio degli anni 80 saranno raggiunti i 10 milioni di anziani, in quanto la tendenza del fenomeno è quella di un suo continuo, seppur lento aumento a causa del progressivo invecchiamento della popolazione.

Anche in Sardegna l'incremento della popolazione anziana è attestato su dati similari come si vedrà in dettaglio più avanti.

Per quanto attiene all'aspetto qualitativo del problema, questo è da vedersi sotto la duplice ottica del soggetto anziano valido e di quello inabile, prendendo in considerazione, nell'ambito di ciascuno dei due gruppi, il livello sia di validità che di inabilità soprattutto nei confronti della autosufficienza personale e dell'inserimento sociale.

A voler considerare il problema nel suo complesso ci si rende conto che l'anzianità pone innanzi tutto e sopratutto problemi di sopravvivenza legati al momento biologico, economico, sociale e psicologico che caratterizzano questa età, creando bisogni specifici in ciascuno di questi campi.

I bisogni di natura economica sono legati all'età del pensionamento, alla perdita progressiva di capacità lavorativa, alle ridotte possibilità di guadagno, a vere e proprie situazioni di povertà.

I bisogni di natura sociale si legano da un lato a momenti di origine psicologica come la solitudine e l'ansia e dall'altro al modello culturale ideale della società attuale tutta protesa verso i giovani, fondata sul dinamismo, l'efficientismo, la produttività, il successo.

I bisogni di natura sanitaria sono legati all'involuzione fisica e psichica dell'organismo anziano, alla facile insorgenza di una polipatologia d'organo, o di sistemi ,alla maggior incidenza della malattia atero-trombosica con tutte le conseguenze negative, al decorso invalidante di affezioni che nell'età adulta non posseggono questa caratteristica.

Ciò che in questi ultimi anni ha reso acuto il problema dell'anziano nella società va rapportato:

— al quadro demografico generale (progressivo invecchiamento della popolazione a seguito della contrazione delle nascite, del miglioramento delle condizioni igieniche e socio-sanitarie della popolazione, del procrastinarsi dell'età di morte in soggetti ammalati cronici, inabili o invalidi a seguito del realizzarsi dei progressi scientifici in campo medico dei continui miglioramenti in campo diagnostico-terapeutico, della sempre più facile accessibilità da parte di tutte le frazioni della popolazione ai presidi sanitari, dell'attuazione di forme di medicina preventiva e di informazione igienica di educazione sanitaria) ed a quello di particolari aree geografiche (squilibrio tra città e campagna

per effetto dei fenomeni interni coinvolgenti esclusivamente le classi giovani);

— al quadro sociale della suaccennata trasformazione da una economia tradizionale agricola ad una economia di tipo industriale (anche nello stesso campo agricolo), con conseguente perdita da parte dell'anziano del suo ruolo tradizionale di capo e guida non solo della famiglia, ma dell'intera comunità;

— al disintegrarsi della grande famiglia di tipo patriarcale in cui tutti i membri avevano un unico interesse comune di vita con un ruolo ben preciso ed al formarsi di tante microfamiglie specializzate culturalmente con interessi diversi a secondo del tipo di lavoro intrapreso da ogni suo membro, ma anche con un certo grado di incomunicabilità reciproca, al verificarsi di fenomeni di emigrazione interna ed esterna con conseguente maggiore isolamento delle persone anziane e comunque difficoltà di comunicazione anche in termini culturali tra le varie generazioni.

Come conseguenza il fenomeno del pensionamento è diventato un fatto coatto su basi anagrafiche e non più su basi biologiche con conseguente etichettatura di incapacità produttiva data a sogggetti che si trovano in una età ancora del tutto efficiente e che mal tollerano la inevitabile diminuzione del loro peso sociale e la perdita del proprio ruolo nella vita associata vuoi di famiglia che di comunità. Nell'età avanzata si è fatta determinante il problema dell'autosufficienza, ed ha assunto un peso fondamentale il rischio di eradicazione dell'anziano dal proprio ambiente di vita non appena la carenza di autosufficienza fisica o le sue precarie condizioni di salute creano ostacoli alla complessa organizzazione della vita sociale di ogni famiglia ed, infine, non ultimo pericolo appare quello della lenta e graduale sua emarginazione sociale a cui lo espongono i contrasti generazionali in famiglia, la radicale trasformazione dei ruoli tradizionali, la mancata identificazione di un ruolo sociale o familiare da affidare all'anziano, la graduale riduzione della integrità psico-fisica, le barriere climatiche, architettoniche e di trasporto.

Non deve creare meraviglia il fatto che il presente progetto, facente parte del piano sanitario regionale, tanto si occupi degli aspetti economico sociali creati dal problema dell'età anziana e di conseguenza degli interventi socio-assistenziali da introdurre a favore della terza età della vita, ma per questa, come per poche altre categorie sociali mai si insisterà abbastanza sulla necessità che vengano programmati interventi globali, di cui quelli di natura economico-sociale si qualificano come interventi di base e peculiari per affrontare i problemi più significativi dell'età anziana, come ad esempio quello della qualità della vita, in quanto a loro volta condizionano largamente anche la soluzione dei problemi di natura sanitaria.

L'anzianità non è una malattia, né uno stato a cui la malattia è connaturata; se mai può rappresentare solamente un terreno più fertile di altre all'impianto di cause morbigene nell'organismo e pertanto alla insorgenza di una patologia assai varia, che non si conclude sempre ed esclusivamente né nell'arteriosclerosi né in condizioni morbose irrecuperabili.

L'invecchiamento è un fenomeno fisiologico determinato da una graduale involuzione cellulare, tessutale, degli organi ed apparati di tutto l'organismo, la quale generalmente riduce l'efficienza fisica e psichica dell'anziano in confronto ai soggetti giovani ed adulti.

E' però biologicamente errato pretendere che ogni età della vita possieda le caratteristiche fisiche e psichiche al livello che è proprio del soggetto venti-trentenne.

In chi sa invecchiare, la perdita di elasticità mentale e dei tessuti e di prestanza fisica viene compensata da una maggiore prudenza, un più elevato grado di esperienza e da una maggior saggezza.

L'età anziana è però esposta ad una patologia acuta, che se qualitativamente non differisce da quella dell'adulto, ne differisce per la maggior frequenza con cui si presenta, per la maggior lesività, per il ritardo nei tempi di guarigione e di recupero, per la facile cronicizzazione, per le possibili invalidità derivanti.

Ma ciò che maggiormente caratterizza sotto il profilo sanitario l'anziano è la frequente coesistenza nella stessa persona di più processi morbosi, talora indipendenti l'uno dall'altro e decorrenti a livello subclinico, talora invece legati tra loro a causa del ripercuotersi su vari organi di complicanze di una malattia sistematica (arteriosclerosi, diabete, etc.), tant'è che il rilevamento di una situazione di polipatologia può essere considerata quasi una condizione di norma per la persona anziana.

Però, al di là dell'esistenza di forme di patologia grave e conclamata, spesso anche in soggetti sostanzialmente sani sotto un profilo generale si insediano debilità che saltuariamente possono esprimersi con manifestazioni inattese e mortificanti per l'anziano, quali ad esempio la incontinenza degli sfinteri, le perdite di equilibrio, le cadute, l'affievolirsi dell'acuità visiva ed uditiva e della coordinazione neuromotoria.

Un'ultima osservazione di rilevante importanza è che tutta la patologia dell'anziano, sia che si tratti di

forme lievi e sfumate (i cosidetti acciacchi della vecchiaia) che di forme gravi, non è un fatto ineluttabile, in quanto la maggior parte delle malattie di questa età trovano una preparazione nelle età precedenti ed il concetto stesso dell'invecchiamento, al di là della patologia stessa, richiama alla considerazione la necessità di guidare questo processo biologico, perché possa realizzarsi in un'armonica condizione di equilibrio con l'ambiente fisico e sociale in cui l'anziano è costretto a vivere e ad invecchiare.

In conseguenza di quanto premesso il Piano Sanitario assume come orientamenti fondamentali per caratterizzare l'intervento nel settore:

— la necessità che la comune assistenza sanitaria di natura preventiva, curativa e riabilitativa venga erogata a livello sanitario di base;

— la necessità che eventuali ricoveri ospedalieri non vengano fatti nei reparti specialistici geriatrici a condizione però che si assuma piena coscienza delle richieste sanitarie che l'anziano pone ai fini di un corretto intervento diagnostico e terapeutico ed ai fini di una opposizione precoce a tendenze invalidanti;

— che la ridotta o mancata autosufficienza di anziani invalidi o ancora parzialmente validi venga trattata non soltanto come una malattia, ma anche con interventi di ordine sociale ed assistenziale;

— che tutte le terapie riabilitanti vengano attuate in centri tecnicamente attrezzati, aperti al territorio;

— che infine venga dato ampio spazio, in tutte le età della vita, agli interventi di medicina preventiva, onde assicurare da un lato la prevenzione delle malattie (si deve tendere idealmente ad una vecchiaia senza malattie) e dall'altro favorire un graduale armonico invecchiamento fisiologico in pieno benessere psico-fisico. A tal fine deve essere svolta tra la popolazione una idonea propaganda socio-sanitaria che porti al convincimento che «ognuno invecchia come ha vissuto».

Come è accaduto in questi ultimi decenni per tutte le società industrialmente evolute, il fenomeno dell'invecchiamento ha investito anche la Sardegna, nonostante essa si presenti qui di proporzioni limitate rispetto alla situazione media nazionale.

Gli obiettivi fondamentali del progetto sono, pertanto, identificabili nei seguenti punti:

a) dotare il territorio di strutture sanitarie in grado di fornire alla popolazione idonei interventi di prevenzione primaria atti a procrastinare la data di manifestazione dei processi di invecchiamento dell'organismo in toto, dei suoi organi ed apparati e rallentarne la rapidità di evoluzione fino ad ipotizzare la possibilità di condizionare il manifestarsi di un invecchiamento qualitativamente diverso da quello attuale abituale, opponendosi nel contempo anche all'impianto di situazioni morbose sia a carattere acuto che a sfondo degenerativo. Ciò è possibile considerando non solo l'età anziana, in cui i fenomeni sono ormai impiantati e spesso consolidati, ma tutte le età della vita, anche quelle più giovani (a cui oggi si tende sempre più a rimontare), mettendo in atto una serie di interventi sociali, educativi e sanitari coordinati, in grado di agire sia sui fattori esterni di carattere economico, sociale e sanitario (attività produttiva, organizzazione sociale, condizioni generali di vita, condizioni abitative e assistenziali, organizzazione sanitaria nel campo della medicina preventiva, etc.) che sui fattori individuali (educazione sanitaria, alimentazione, fumo, alcool, impiego e uso di farmaci, modalità del lavoro, impiego del tempo libero, etc.) che tanta importanza assumono in questo campo;

b) assicurare il ripristino precoce dello stato di salute perduta, predisponendo idonei interventi di diagnosi seguiti da tempestivi interventi terapeutici in modo da tendere ad eliminare o quanto meno ridurre ogni causa di recidiva o di cronicizzazione di stati morbosi e di disfunzioni motorie e mentali invalidanti e provvedendo nel contempo ad una mirata quanto precoce opera di ricupero e di riabilitazione dell'ex malato, dell'inabile o dell'invalido;

c) evitare i processi di isolamento e di emarginazione attraverso la realizzazione di un sistema di servizi sociali, capaci di stimolare interessi di partecipazione e di realizzazione sociale;

d) diffondere nella popolazione una dettagliata e qualificata informazione igienica sulle necessità fisiche e psichiche dell'anziano e sulle modalità anche di tipo tecnico, più idonee per sopperire a tali necessità (ad esempio protesi acustiche), vuoi per prevenire il manifestarsi del bisogno (ad esempio, a seguito della incontinenza degli sfinteri), vuoi per prevenire il verificarsi di eventi dannosi (ad esempio, l'edentulismo e le cadute), vuoi per adattare alle esigenze dell'anziano il suo abituale ambiente di vita (ad esempio mezzi tecnici quali pavimenti antisdrucciolevoli, passamani, sostegni d'appoggio, servizi sanitari adattati, atti a consentire una vita più normale possibile ad ogni tipo di anziano). Questa diffusione di cultura tecnico scientifica è il passo propedeutico da attuare per poter pervenire a quel-

l'opera di convincimento e persuasione che può definirsi «educazione alla vecchiaia» di cui la nostra società è particolarmente carente.

La vecchiaia non è una malattia, ma una fase della vita con i suoi bisogni fisici, psichici e socio-ambientali particolari, la cui soluzione è legata ad interventi di natura complessa. La tendenza più marcata di questa età è quella all'isolamento ed all'emarginazione sociale che possono spesso trarre la loro prima origine da banali situazioni di vita non previste, ma che proprio per questo costituiscono motivo di umiliazione per l'anziano, esercitando su di lui un'azione di shock psichico. Pertanto, condizione primaria di una programmazione attenta e di una gestione vigile di interventi a favore dell'età anziana è quella di disincentivare gli interventi esclusivamente diretti agli anziani (e per questo carattere, di per sé emarginanti) per privilegiare in ogni caso e a qualunque livello soluzioni socializzanti ed educative.

Le ricerche in campo gerontologico hanno infatti dimostrato che il ricorso alle prestazioni sanitarie, ed in particolare all'ospedalizzazione da parte delle persone anziane avviene prevalentemente per motivazioni di carattere sociale, che ovviamente ne condizionano anche la durata.

Questi orientamenti inducono pertanto a dare avvio ad un sistema integrato di servizi sociali, sanitari ed assistenziali in grado di soddisfare i bisogni di mantenimento di normali condizioni di vita della popolazione anziana all'interno del nucleo sociale, sia generale che familiare, che li esprime privilegiando tutte quelle iniziative che evitano di allontanare l'anziano dalla propria area sociale e che impediscano la comparsa ed il consolidamento di bisogni che richiedano questo allontanamento, avendo particolare cura nel recuperare a favore del corpo sociale specie nell'ambito del volontariato anche le capacità attive che possano essere espresse utilmente dalla persona anziana.

Si ripresenta, pertanto, a questo punto la necessità di richiamare quanto è stato detto sui bisogni della popolazione anziana, in maniera da trarre le indicazioni reali per una politica socio sanitaria in suo favore.

Appare immediatamente evidente che gli interventi di tipo economico quali il livello dei trattamenti pensionistici e la salvaguardia del loro potere d'acquisto, le politiche dell'abitazione e dei trasporti, le politiche dell'occupazione sono prioritarie rispetto agli interventi culturali sociali e sanitari, che devono integrare queste politiche non sostituirle.

Nonostante ciò, particolari e specifiche condizioni sociali e sanitarie possono richiedere interventi mirati e specializzati, che comunque devono tendere a svolgersi dove l'anziano vive, al fine anche di ristabilire gli equilibri sociali ed economici originari.

Un vincolo appare irrinunciabile in ogni caso: ai fini dell'intervento sociale e sanitario, l'anziano non può né deve essere mai considerato un «diverso», anche nel caso che l'anziano colpito da inabilità gravissima necessiti di una assistenza speciale, per la quale sia da ipotizzare la creazione di una struttura lungodegenziale a fini — in linea di principio riabilitativo, alla quale devono affluire i soggetti di qualsiasi età che si trovino in tali condizioni (ad esempio handicappati gravissimi).

Si ritiene che al fine di dar piena validità agli obiettivi fondamentali su esposti, questi debbono essere integrati da attività che tendano a:

— assumere ogni iniziativa idonea a predisporre gli adulti alla vecchiaia sotto il profilo psicologico, sociale e culturale;

— diffondere informazioni ed elementi tendenti alla prevenzione o, comunque, alla riduzione delle alterazioni psico-fisiche della senescenza;

— riqualificare la persona anziana attraverso anche una rivalutazione della sua funzione nel contesto familiare e sociale con la cooperazione delle famiglie e con le formazioni sociali interessate. E' noto infatti che, ad esempio, la donna per il suo ruolo di casalinga è sempre meno eradicata dall'ambiente che non l'uomo, continuando spesso anche nell'età anziana a svolgere questo suo ruolo che la rende talvolta indispensabile. Inoltre è ormai universalmente accettata l'idea dell'utilizzazione generica dell'anziano nel potenziamento dei servizi sociali (asili nido, scuole materne, centri diurni, assistenza ai coetanei in precarie condizioni di salute, servizi scolastici collaterali), mentre si tende ad esempio a far spazio agli operai specializzati, tecnici e artigiani in pensione, ancora validi nei centri di addestramento professionale per la formazione lavorativa di handicappati, utilizzando forme di collaborazione che vanno dal volontariato al rimborso spese, dalla prestazione a part-time alla istituzione di cooperative a fini sociali, al compenso in servizi ai periodi di soggiorno in colonie di vacanze;

— assicurare agli utenti la libera scelta dei servizi, favorendo altresì la loro partecipazione alla gestione e alla prestazione dei servizi stessi;

— promuovere, e soprattutto, realizzare, la formazione ed aggiornamento professionale del personale, ivi compreso quello volontario, che è stato riconosciu-

to dalla legge 833/1978 come espressione del pluralismo e come via per sensibilizzare agli impieghi sociali specialmente, ma non soltanto, le forze del mondo giovanile.

Nell'ambito delle politiche generali di carattere economico-sociale, l'attenzione del progetto deve essere incentrata sui settori sociale e sanitario, sottolineando la complementarità che questi ultimi hanno rispetto ai primi.

Infatti in nessun altro caso, fatta eccezionale per gli handicappati, i servizi sociali e sanitari mostrano l'esigenza fondamentale di presentarsi come aspetti particolari di un unico intervento che deve svolgersi con le modalità più semplici e nell'intento di creare condizioni di ottimalità per il dispiegarsi della vita e del ruolo sociale di queste categorie di cittadini.

Ciò comporta, pertanto, che la maggior parte di questi servizi vanno considerati come servizi elementari di base di cui agli anziani devono poter usufruire evitando le complicazioni di ordine organizzativo e funzionale. La loro tipologia e assai varia. Quando nell'ambito territoriale di una stessa U.S.L. coesistono simultaneamente più istituti assistenziali socio-sanitari, inevitabilmente differenziati tra di loro occorre come decisione finale, lasciare ampia libertà al singolo utente anziano, affiancato in modo adeguato dagli operatori socio-sanitari di effettuare la scelta degli istituti e degli interventi che piu corrispondano alle sue necessità psico-fisiche, culturali e comportamentali.

Più impegnativo e difficile si presenta il problema delle scelte nel caso di U.S.L. di non rilevante dimensione, come sono la maggior parte delle U.S.L. della Sardegna. In tali casi non è pensabile, in termini economici, di poter dotare ciascuna delle U.S.L. di tutti i tipi di istituzione. Una scelta di servizi da attivare deve necessariamente essere fatta in tali casi almeno inizialmente a priori tenendo peraltro conto delle esistenti e di un suo razionale usó anche grazie ad un adeguato e programmato sostegno pubblico delle istituzioni pubbliche e private funzionanti.

La struttura ottimale è costituita dal «Centro socio-sanitario di distretto» nel quale dovrebbero essere contenuti senza necessariamente e totalmente essere riservati in maniera esclusiva agli anziani, i servizi sociali di tipo fondamentale occupazionale (centro sociale, laboratori protetti, part-time di carattere socio-culturale, ecc.) ed i servizi sanitari specialistico-riabilitativi fondamentalmente rappresentati da una organizzazione del tipo day-hospital.

L'esperienza internazionale nell'organizzazione e nel funzionamento di questi servizi ha dimostrato finora che il soddisfacimento dei bisogni degli anziani effettuati in tal modo non solo costituisce una risposta adeguata ma può addirittura indurre spinte assai significative in direzione dell'autosufficiehza e dell'autonomia negli anziani meno validi.

Ciò anche per il fatto che gli anziani validi possono venire coinvolti dagli animatori sociali a guidare gruppi di giovani in attività di tipo culturale (musicale, artistico, letterario) o di tipo manuale (artigianale), dando così all'anziano la possibilità di scoprire un nuovo ruolo sociale, anche se generalmnte a prestazione volontaria gratuita.

Nonostante la presenza di questi servizi in misura sufficiente, sia sotto il profilo quantitativo e distributivo sia sotto il profilo qualitativo, nella popolazione anziana — come del resto della popolazione, anche se qui si verifica in misura maggiore — emergono spesso bisogni che richiedono interventi istituzionalmente più rilevanti, come è il caso dei bisogni correlati a condizioni di insufficienza sociale e sanitaria.

E' ovvio che anche questi bisogni devono essere soddisfatti, ma è altrettanto certo che nel soddisfarli devono essere tenute presenti alcune esigenze, dal rispetto delle quali dipende l'efficacia dell'intervento al di là dei suoi effetti immediati.

Il discorso tocca fondamentalmente i servizi sociali di ricovero ed i servizi sanitari di tipo ospedaliero. Quanto ai primi è da sottolineare che le esperienze più significative riguardano struttura di tipo «familiare», di piccole dimensioni aperte e integrate, collocate territorialmente nell'area sociale degli anziani che devono frequentarle. Quanto ai servizi sanitari di tipo ospedaliero, dopo aver ribadito la preferenza per quelli a ricovero a tempo determinato occorre sottolineare, in linea generale e di principio, la non accettabilità di strutture di tipo specialistico riservate esclusivamente agli anziani (in genere definiti ospedali geriatrici, divisioni geriatriche o reparti per lungodegenti), in quanto la geriatria non va vista come specialità a sé, ma come la disciplina che studia e insegna la metodologia di base da adottare in un corretto approccio medico al paziente geriatrico, in quanto soggetto differenziato in corso di malattia.

Pertanto se un ruolo autonomo va lasciato alla geriatria, questo deve essere inteso come integrativo in senso specialistico dell'attività degli ospedali generali e riservato, per la sua qualificazione, a interventi particolari, come richiedono le già citate strutture lungo degenziali di riabilitazione.

La definizione dei servizi deve avvenire su un tessuto già adeguatamente esplorato sotto i molteplici a-

spetti: ambientali, sociali, sanitari psicofisici, nosologici ed epidemiologici, la cui rilevazione e conoscenza si pone come corollario indispensabile per il sistema integrato di servizi in favore degli anziani. Ed, infatti, la presa di coscienza del fenomeno nella sua complessità costituisce la via obbligata per l'adozione di iniziative coerenti.

Come già s'è visto, l'indirizzo da assumere orienta per i servizi aperti e residenziali, in relazione ai bisogni cui riferire i servizi stessi. Se ne dà qui di seguito l'elencazione senza voler con ciò indirizzare la scelta, che dovrà essere fatta sulla base delle vere e reali esigenze locali ed individuali.

A) *SERVIZI APERTI*

I servizi aperti comprendono:

a) l'assistenza domiciliare, la cui finalità di fondo rimane quella di mantenere finché è possibile, l'anziano nel proprio contesto familiare, consentendogli una esistenza autonoma in seno alla comunità di appartenenza.

Tale forma di assistenza non è facilmente circoscrivibile, per cui occorre rinviare alle concrete situazioni territoriali e sociali in particolare. Tuttavia il servizio potrà snodarsi in interventi di assistenza sociale, di assistenza medica e infermieristica, di assistenza domestica e familiare;

b) il centro diurno di assistenza integrata tipica struttura aperta alla popolazione, la istituzione del quale è coordinata con le forme di assistenza di cui al punto a), b) e c), a cui l'anziano può accedere liberamente, ritornando alla sera al proprio domicilio con mezzi propri o con un servizio pubblico o del centro stesso, in modo da trovare quivi una assistenza fornita anche dal personale infermieristico e volontario. Il Centro diurno ha una sua precisa fisionomia, in quanto si configura come una entità strutturale a livello territoriale, finalizzata ad assicurare agli anziani una vita autonoma, socializzata ed integrata nella popolazione. In tale proiezione, il Centro diurno assume le connotazioni di fulcro dell'assistenza di zona,

— vuoi come punto di riferimento, aperto alla realtà locale per incontri sociali, ricreativi e culturali e per funzioni educative nei confronti degli anziani, dei loro familiari e di tutta la popolazione;

— vuoi come base operativa per la individuazione ed erogazione dei servizi domiciliari;

— vuoi come luogo di servizi di ristoro e di pulizia

Nelle piccole U.S.L. al Centro diurno possono far capo anche le attività tipiche dell'Ospedale diurno (hospital day) per la erogazione di prestazioni medico-sociali riabilitative e rieducative, quali terapia occupazionale, ludoterapia, fisiochinesiterapia etc.;

c) nell'assistenza all'anziano non vanno infine dimenticate le funzioni dell'ospedale diurno quale sezione ospedaliera da utilizzarsi sia per la dimissione precoce di anziani ospedalizzati, appena trascorsa la fase acuta della malattia, sia per evitare ricoveri ospedalieri alle persone autosufficienti che abbisognano o di esami diagnostici o di terapie rieducative (rieducazione neuromatica, fisiochinesiterapia, tecniche logopedistiche etc.) o altri trattamenti medici non erogabili con prestazioni esclusivamente ambulatoriali. L'ospedale diurno rappresenta una struttura sanitaria intermedia tra il domicilio del paziente anziano e l'ospedale, un luogo cioè dove egli viene curato, ma può muoversi liberamente dedicandosi a qualche attività, vivere a contatto con altre persone o ritornare a casa ogni sera.

Le funzioni dell'ospedale diurno sono particolarmente evidenti nei trattamenti riabilitativi dei neurolesi, in particolare degli emiparetici, dei broncopneumopatici, degli artrosici, dei cardiovasculopatici e vasculosclerotici, degli affetti da tumore in fase di trattamento antiblastico, dei diabeti etc.

B) *SERVIZI RESIDENZIALI*

In questo gruppo sono collocati quei servizi che possiamo anche definire a effetti plurimi nel senso che essi, mentre sono idonei a soddisfare esigenze di carattere assistenziale-sociale, assumono rilevanza anche sotto il profilo della prevenzione, della cura e della riabilitazione. Le principali manifestazioni di servizi residenziali possono così essere inquadrate:

a) Case di riposo, dotate di servizi sociali ed assistenziali e collegate, ai fini dei servizi di base, con la unità sanitaria locale territorialmente competente. Le case di riposo, che preferenzialmente debbono essere ubicate nei centri abitati per evidenti motivi di contatto più immediato con l'ambiente sociale esterno, debbono essere predisposte per ospitare le persone e le coppie anziane autosufficienti, alle quali dovrà essere consentito di partecipare alla attività nali.

b) Comunità-alloggio, intese a riprodurre l'ambiente familiare, le comunità alloggio si collocano come le comuni case di abitazione in aree residenziali. La concretizzazione di sifatta iniziativa è soprattutto affidata alla sensibilità dei Comuni;

c) Casa-albergo, che rappresenta la forma più qualificante per la lotta alla emarginazione in termini ottimali. La casa albergo infatti, destinata soprattutto a coppie di coniugi anziani ed autosufficienti, si compone, oltre che di tutti i servizi comuni, di mini appartamenti tra loro contigui ubicati in zone urbanizzate e provviste di infrastrutture, tra cui i servizi sociali e sanitari.

d) Soggiorno di vacanze e di cura che, più degli altri servizi, può integrare i momenti curativi con quelli riabilitativi. Tale soggiorno, sia pure per periodi circoscritti nel tempo, deve essere effettuato in località che abbinino gli effetti sanitari (climatici e termali in particolare) con quelli coordinati al reinserimento sociale).

C) *INTERVENTI COLLATERALI DI SOSTEGNO*

Si ritiene opportuno qui di seguito indicare quegli interventi complementari rispetto all'azione di assistenza sanitaria, i quali peraltro sono ad essa strettamente connessi:

a) l'assistenza economica mirata, attraverso la concessione di contributi idonei a rendere stabili le condizioni di vita in modo da poter prevenire i casi di ricovero in istituti e, a maggior ragione, negli ospedali, tenendo presente che nel corso del 1975 circa il 40% delle degenze è stato impegnato da pazienti ultrasessantenni. La suddetta forma di assistenza economica può sostanziarsi anche in un concorso alle spese, fino al loro totale assorbimento, sostenute per permettere di far fronte a bisogni essenziali, il cui non soddisfacimento predispone al rischio dell'isolamento; sottraendo spesso l'individuo alla partecipazione alla vita della comunità;

b) l'assistenza abitativa, concepita in modo di non allontanare l'anziano dal proprio ambiente, si tratta di far valere sotto il profilo amministrativo le necessità degli anziani nei programmi di assegnazione degli alloggi popolari, di tener presente le loro esigenze nei programmi e nei modi di costruzione evidenziando, agli effetti delle scelte, le prerogative degli anziani in modo da evitare le barriere architettoniche e da favorire l'autonomia soprattutto per l'uso dei servizi di igiene e pulizia;

c) l'assistenza alla vita di relazione che deve attuarsi attraverso agevolazioni funzionalizzate ad evitare tendenze emarginanti della persona anziana, favorendo l'inserimento o il reinserimento nella vita di relazione sociale. Agevolazioni per abbonamenti telefonici, uso dei trasporti pubblici, accesso ai luoghi di ricreazione, ai musei, biblioteche, ecc., realizzazione degli opportuni adeguamenti per rendere agibili i mezzi di trasporto pubblico.

Come è logico, le scelte dell'una e dell'altra forma assistenziale o di più forme assistenziali sono legate alle dimensioni quantitative o qualitative del problema da affrontare e la fattibilità di tali scelte va commisurata nel costante rapporto costi e benefici. Per cui la rallelamente il riordinamento della spesa in funzione del-
rallelamente il riodinamento della spesa in funzione dell'obiettivo di fondo che rimane: prevenzione, cura, riabilitazione nell'età anziana e lotta all'emarginazione.

AZIONI PROGRAMMATICHE SPECIALI
SERVIZI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

La tutela della salute mentale sottintende l'impegno della Regione a proseguire nel processo di superamento dell'assistenza psichiatrica emarginante, perseguendo, nell'ambito delle competenze derivate dalla Legge 13.5. 1980 prima, e quindi dalla Legge di riforma n. 833/1978, i seguenti obiettivi:

— tutela e promozione della salute mentale attraverso attività svolte prevalentemente a livello territoriale e preordinate alla prevenzione, cura e riabilitazione e al reinserimento sociale dei soggetti affetti da malattie mentali;

— integrazione dei presidi e dei servizi per la tutela della salute mentale con le altre strutture sanitarie e loro coordinamento con i servizi sociali operanti nel territorio;

— superamento degli ospedali psichiatrici e loro diversa utilizzazione.

Gli interventi che vengono ipotizzati e auspicati nel presente programma, tenendo conto anche del momento contingente, devono essere valutati muovendo da realistici presupposti di gradualità e di sperimentazione la cui opportunità appare imprescindibile sia per la specificità e novità dell'assetto, non solo concettuale ma strutturale ed organizzativo di conferire ai servizi, sia per le molteplici e complesse implicazioni che la operatività di detti servizi comporta in relazione alle esigenze strutturali, finanziarie e di personale che devono essere dovutamente armonizzate con le realtà a tutti ben note, e sia per consentire il pervenire ad operare gli eventuali adeguamenti che si rendessero necessari in base alla esperienza operativa che sarà ulteriormente acquisita.

Al fine di formulare un programma operativo proiettato alla realizzazione dei servizi per la salute mentale

articolati come previsto dalla Legge 833/1978, è stato avviato lo studio della situazione esistente sulla scorta della realià fin qui emersa, rapportandola al previsto assetto da conferire ai servizi.

Quanto sopra allo scopo di elaborare una ipotesi operativa che consenta di individuare le priorità per gli interventi.

E' stata valutata in particolare, la necessità di dare pratica attuazione al disposto degli artt. 33 e 34 della Legge 833/1978 salvaguardando. l'esigenza di garantire la continuità terapeutica dell'intervento sanitario nel settore specifico della salute mentale.

Pertanto l'équipe sarà impegnata sul territorio e nel servizio ospedaliero per assicurare la unicità dell'intervento socio-sanitario.

Il riferimento territoriale assunto a base degli interventi da realizzare è costituito dagli ambiti delle U.S.L., così come delineate dalla relativa legge regionale.

L'obiettivo prioritario di garantire a livello organizzativo ed attuativo gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, assicurando la necessaria continuità terapeutica, determina l'esigenza di esaltare il modulo organizzativo di tipo dipartimentale da conferire ai servizi, tenuto conto delle seguenti realtà:

— non tutti gli stabilimenti ospedalieri disporranno di specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura, tenuto conto peraltro che alcune U.S.L. sono prive di strutture ospedaliere;

— la comprensorializzazione che dovrà essere realizzata nell'ambito degli ospedali psichiatrici, al fine di facilitare il processo di superamento di queste strutture.

Pertanto, la condizione imprescindibile da soddisfare è costituita dall'esigenza di configurare una struttura complessiva di tipo dipartimentale che realizzi compiutamente i rapporti operativi che devono intercorrere tra i servizi di salute mentale territoriale, servizi psichiatrici di diagnosi e cura, e reparti degli Ospedali Psichiatrici comprensorializzati accomunati ciascuno dal riferimento all'ambito territoriale di competenza.

Si sottolinea che la realizzazione del collegamento operativo dipartimentale di cui si è detto sopra, può determinare l'esigenza di pervenire, anche per la considerazione espressa nel precedente punto 1), ad una settorializzazione interna, oltre che degli O.P., anche dei servizi di diagnosi e cura, in modo da individuare reparti corrispondenti ciascuno alle U.S.L. di competenza.

Tale soluzione, per ora, appare più consona per il soddisfacimento delle esigenze, consentendo di riferire l'intervento soprattutto ai bisogni del territorio, coordinandoli nel contempo anche per gli aspetti afferenti alla degenza.

Per la dotazione globale di posti letto dei servizi, è apparso opportuno prevedere, in questa fase, un fabbisogno medio, pari a circa 1 posto letto ogni 10.000-15.000 abitanti, lasciando all'esperienza che sarà acquisita l'eventuale adeguamento alle esigenze che emergeranno.

L'articolazione dipartimentale del servizio implica, pertanto, che l'équipe territoriale operi nei presidi ambulatoriali dell'ambito territoriale di riferimento, provvedendo anche alla terapia degli utenti in condizioni di degenza ospedaliera.

Infatti, tra presidi territoriali e servizi ospedalieri devono sussistere rapporti diretti di continuità operativa e funzionale, considerato che tutti gli operatori devono accedere ai servizi ospedalieri dando il loro contributo anche di conoscenze del contesto socio-ambientale del malato.

Quanto sopra, sia per agevolare il contenimento dei tempi di degenza, sia per consentire una più mirata prosecuzione del trattamento all'atto della dimissione.

Per il perseguimento degli obiettivi suddetti il personale del servizio si integra nel territorio con gli altri operatori sanitari e sociali e, nell'ospedale generale, con gli operatori ospedalieri, per garantire una assistenza completa che si avvalga a tal fine della multidisciplinarietà delle funzioni.

Il servizio di tutela della salute mentale realizza, quindi, la ricomposizione nell'ambito territoriale di competenza, degli interventi rivolti alla tutela della salute mentale, alla cura e al reinserimento sociale, e attraverso l'integrazione con le altre funzioni e servizi riguardanti l'assistenza, la scuola, il tempo libero e i servizi sociali degli enti locali, opera con gruppi operativi polivalenti che assicurano l'effettiva continuità dell'intervento nei tre momenti di prevenzione, cura e riabilitazione.

Per assicurare una gradualità attuativa al progetto regionale, tenuto conto di quanto è esplicato nell'apposito paragrafo relativo alla acquisizione del personale, si prevede una prima fase operativa che consenta l'utilizzazione globale nei servizi ipotizzati del personale medico e paramedico già dipendente dalle amministrazioni provinciali, così come previsto dall'art 64 della legge 833/1978.

In questo senso, anche in accoglimento delle osservazioni avanzate dalle OO.SS., la attivazione di alcuni servizi dovrà avvenire contestualmente alla individuazione del personale e quindi, solo nel momento in cui si possa assicurare una concreta disponibiiltà di operatori che consenta la realizzazione di interventi globali, territoriali ed ospedalieri, equilibrandone e integrandone le funzioni, intese unitariamente.

Consegue, pertanto, che il progetto regionale, costituisce per le finalità da perseguire un riferimento vincolante, anche in relazione alle competenze che nella materia faranno capo alle U.S.L.

L'esigenza di pervenire all'operatività dei servizi in parola implica che le U.S.L., presso le quali sono state individuate strutture ospedaliere con posti letto da utilizzare per i trattamenti obbligatori in condizioni di degenza, istituiscono il servizio dipartimentale di psichiatria per assicurare la ricettività nei limiti di seguito riportati, in conformità al contenuto del programma stralcio inerente alla istituzione dei servizi di assistenza psichiatrica e di salute mentale approvata in data 23.2. 1983 dal Consiglio regionale.

Provincia di Sassari:

U.S.L. N. 1

Ospedale Sassari
— n. 1 servizio 10 p.l.
— n. 1 servizio 10 p.l.

U.S.L. N. 3

Ospedale Tempio
— n. 1 servizio 5 p.l.

U.S.L. N. 4

Ospedale Olbia
— n. 1 servizio 5 p.l.

U.S.L. N. 5

Ospedale Ozieri
— n. 1 servizio 8 p.l.

Provincia di Nuoro

U.S.L. N. 7

Ospedale S. Francesco Nuoro
— n. 1 servizio 15 p.l.

U.S.L. N. 9

Ospedale Lanusei
— n. 1 servizio 8 p.l.

U.S.L. N. 11

Ospedale Isili
— n. 1 servizio 8 p.l.

Provincia di Oristano

U.S.L. N. 12

Ospedale di Ghilarza
— n. 1 servizio 8 p.l.

U.S.L. N. 13

Ospedale Oristano
— n. 1 servizio 15 p.l.

Provincia di Cagliari

U.S.L. N. 15

Ospedale S. Gavino
— n. 1 servizio 14 p.l.

U.S.L. N. 16

Ospedale S. Barbara
— n. 1 servizio 8 p.l.

U.S.L. N. 17

Ospedale Carbonia
— n. 1 servizio 15 p.l.

U.S.L. N. 20

Ospedale S. Giovanni di Dio
— n. 1 servizio 15 p.l.

U.S.L. N. 21

Ospedale SS. Trinità
— n. 1 servizio 15 p.l.
— n. 1 servizio 15 p.l.

La dotazione organica di personale proposta per i servizi da realizzare con riferimento agli ambiti territoriali di competenza, prevede di massima una équipe costituita da operatori le cui qualifiche rispondano a quelle individuate nel piano regionale approvato dalla Giunta regionale in data 22.11.1978.

Si rappresenta, peraltro, l'esigenza di integrare le qualifiche già previste nelle équipes suddette con quelle di capo sala e di ausiliari, considerate le specifiche mansioni che il vigente ordinamento attribuisce al personale in questione.

Nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di ricoveri, l'équipe psico-sociale gode, nell'ambito degli

interventi di propria specifica competenza, di autonomia operativa.

Pertanto, l'équipe ai fini organizzativi e funzionali può articolarsi in più settori operativi in relazione alla dimensione dell'attività che è tenuta a svolgere.

Le equipe multidisciplinari dei servizi dovranno fruire della massima mobilità territoriale per portare l'assistenza più vicino possibile al luogo di residenza dell'utente.

L'operatività delle predette équipes dovrà consentire nelle ore diurne l'erogazione dell'assistenza domiciliare, ambulatoriale e di day-hospital, mentre dette équipes, organizzandosi in turni idonei, copriranno nell'arco delle 24 ore giornaliere le esigenze connesse alla emergenza e tese ad assicurare l'assistenza presso i servizi di diagnosi e cura.

Giova ribadire in merito che i citati servizi ospedalieri risulteranno operativamente inglobati nell'ambito del servizio per la salute mentale competente per territorio, fermo restando quanto più sopra rappresentato circa l'esigenza di garantire una organizzazione complessiva di tipo dipartimentale.

La responsabilità ed il coordinamento tecnico dell'attività del servizio sono assunti dal medico psichiatra di qualifica più elevata e, a parità di qualifica, con maggiore anzianità nel grado, cui farà capo quindi anche la responsabilità del presidio psichiatrico istituito presso la struttura ospedaliera della U.S.L..

Le funzioni igienico-organizzative riferite all'attività degenziale svolta nell'ambito ospedaliero competono alla Direzione Sanitaria della relativa struttura ospedaliera.

Sui presupposto di dare concretezza ai criteri di gradualità e sperimentazione cui si è fatto cenno più volte, si è ravvisata l'opportunità di prevedere distinte dotazioni organiche di personale riferite rispettivamente alla prevedibili esigenze connesse sia alla fase di regime, che a quelle rapportabili invece ad un momento iniziale, di prima attuazione del piano.

La metodologia seguita a tal fine consente, pertanto, di operare anche in un proseguo di tempo ed in sede realizzativa, gli eventuali adeguamenti organici che si rendessero necessari.

In questa ottica si considera il fabbisogno iniziale di Assistenti sociali pari a quello di Assistenti Sanitarie Visitatrici, avuto riguardo alle relative attribuzioni e funzioni di competenza.

Pertanto, in una prima fase di attuazione del progetto, la dotazione organica dei singoli servizi dovrà di massima essere predisposta facendo riferimento ai seguenti criteri direttivi:

— n. 6 psichiatri;
— n. 1 psicologo;
— n. 3 assistenti sociali;
— n. 3 assistenti sanitarie visitatrici;
— n. 18 infermieri;
— n. 5 ausiliari;
— n. 1 capo sala (soltanto ove operi il servizio ospedaliero).

La predetta dotazione organica è riferita al servizio che disponga di p. nella struttura ospedaliera e dei previsti day-hospital di cui sarà detto in appresso, per un bacino di utenza di circa 50.000 abitanti.

I dati riportati nella scheda seguente confermano la gravità dei fenomeni cui si è fatto cenno sopra (rientri volontari e lungodegenze) registrabili a livello regionale.

Qualora il servizio non si avvalga di p.l. per i trattamenti obbligatori nella struttura ospedaliera, l'organico sarà quantificato in misura pari al 70% di quelle individuate più sopra.

L'acquisizione di eventuale nuovo personale andrà correlata quindi tenendo conto del personale già addetto ai presidi psichiatrici esistenti nelle quattro Province Sarde, ed avuto riguardo al personale ancora occorrente per le residue esigenze degli O.P.

L'articolazione funzionale dei servizi dovrà comunque essere dimensionata e periferizzata in relazione alle effettive esigenze del territorio di riferimento, e sarà finalizzata alle attività di seguito esemplificate:

a) domiciliare (controlli periodici, ricoveri domiciliari assistiti, interventi di emergenza, ecc.);

b) ambulatoriale e di ricovero (poliambulatorio, centro di salute mentale, ospedale, day-hospital);

c) riabilitative e reintegrative assistite o autogestite (gruppi famiglie, case albergo, comunità-alloggio, ecc.).

L'ambulatorio psichiatrico di distretto costituisce la struttura portante e coordinatrice di prevenzione, cura e riabilitazione, e pertanto non avrà soltanto funzioni di depistage e smistamento, ma avrà funzioni di presa in carico di pazienti in cura ambulatoriale e domiciliare, di coordinamento del progresso terapeutico ed in associazione con gli altri servizi dell'U.S.L. quali, per esempio, medicina del lavoro, igiene del suolo e dell'abitato, di prevenzione primaria e secondaria e di raccolta di dati epidemiologici.

STRUTTURE E SERVIZI
SOCIO-SANITARI ALTERNATIVI

Occorre delineare un sistema di strutture e di servizi alternativi che consenta tra l'altro di dare una risposta puntuale sia all'obiettivo di eliminare la lungodegenza psichiatrica «impropria», e sia alla problematica del ricovero volontario di tipo sociale non necessariamente psichiatrico.

Resta fermo che dal 31.12.1981, contestualmente alla attivazione dei singoli servizi di salute mentale è scattato il divieto per gli O.P. di accogliere ricoveri volontari (art. 64 Legge 833/1978) di pazienti residenti nella U.S.L. nel cui ambito territoriale è stato attivato il servizio stesso.

Pertanto, agli eventuali ricoveri volontari per gli aspetti di acuzia saranno preparati i servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri.

L'esigenza di creare strutture e servizi socio-sanitari alternativi al ricovero muove dalle seguenti considerazioni:

— definire il processo di chiusura degli O.P. che, si sottolinea, risulta condizionato in modo vincolante dalla carenza dei servizi alternativi;

— individuare forme alternative alla istituzionalizzazione ed alla lugodegenza;

— assicurare un regime di ospedalizzazione parziale per soddisfare diverse esigenze anche di emergenza, ai fini di ridurre il rischio del ricovero ospedaliero;

— realizzare possibilità preventive da utilizzarsi anche soltanto per brevi periodi, nei confronti di una utenza che non ha avuto l'esperienza emarginante della ospedalizzazione psichiatrica;

— accogliere i malati dimessi dagli O.P. e dai servizi di diagnosi e cura degli ospedali generali, per i quali il reinserimento nell'ambiente di provenienza non può avvenire senza forme di protezione assistenziale;

— perseguire negli spazi comunitari individuali il mantenimento o la reintegrazione nella realtà sociale di persone portatrici di varie forme di handicap e di disadattamento, attuando ai fini del recupero psicosociale, interventi psicoterapeutici ed attività risocializzanti.

Si ritiene che per soddisfare le esigenze sopra dettagliate si deve procedere ad attivare i seguenti servizi socio-sanitari:

CENTRI DIURNI (day-hospital)

Ciascun servizio di salute mentale deve disporre di strutture preparate all'erogazione di questa attività che è rivolta prevalentemente in favore di coloro che necessitano di strutture sanitarie solo durante il giorno, o per terapie che non possono essere assicurate a livello domiciliare o ambulatoriale o per mancanza temporanea di assistenza familiare.

Gli utenti di questi servizi conservano, infatti, una propria autonoma collocazione individuale o in famiglia.

L'attività del day-hospital, funzionante 10/12 ore su 24 per 5-6 giorni alla settimana, è essenzialmente finalizzata a fornire le cure psicofarmacologiche o psicoterapeutiche, individuali e di gruppo, l'ergoterapia, la chinesiterapia, ecc., servendosi di diverse tecniche di riadattamento alla vita collettiva e professionale.

La struttura a ciò proposta non deve di norma superare una dotazione di 5 posti letto, in relazione ad un bacino di utenza di 50.000-100.000 abitanti.

La localizzazione relativa deve rispondere a criteri logistici di baricentricità rispetto all'ambito territoriale assunto quale bacino di utenza, e quale riferimento per soddisfare i bisogni emergenti.

Il centro diurno, mantenendo al paziente il legame con il proprio nucleo familiare e con il proprio contesto sociale, offrendo ad esso forme di terapia familiare e relazionale, in gruppi ristretti, impegnandolo e responsabilizzandolo gradualmente e progressivamente, è spesso in grado di evitare la cronicizzazione.

L'assetto organizzativo e funzionale della assistenza psichiatrica fin qui delineato, è volto, specificatamente al reinserimento del paziente nell'ambito familiare, lavorativo e sociale.

Tuttavia, è prevedibile, soprattutto in concomitanza con l'attuazione del processo di superamento degli O.P., che nei confronti di diversi pazienti non sia attuabile o quanto meno estremamente difficoltoso un reinserimento, così come sopra ipotizzato.

Il problema viene così ad assumere notevole rilevanza per gli aspetti assistenziali che acquistano prevalenza rispetto a quelli più propriamente sanitari e terapeutici.

Per questi pazienti si prefigurano:

a) Casa famiglia o gruppi appartamento:
per nuclei di 4 o 5 persone adulte ad un buon livello di socializzazione e di autonomia, che risiedono temporaneamente o in permanenza in un apparta-

mento, e fanno capo alla équipes del servizio di salute mentale della U.S.L.

Più precisamente, la residenza è costituita da alloggi adibiti ad abitazione inserite nel contesto sociale abitativo urbano in cui, risolti i problemi assistenziali più spiccioli (vitto, alloggio, ecc.) viene esplicato dalle stesse équipes del servizio di salute mentale competente per territorio, sia l'attività domiciliare di regime, sia la normale terapia di recupero alla vita sociale.

Le case famiglia ospitano soggetti per i quali non è possibile un reinserimento familiare o per assenza della famiglia o per rifiuto netto della stessa dopo tentativi di reinserimento, o nei casi in cui per motivi terapeutici non sia ritenuto producente un reinserimento nel nucleo familiare.

b) Case alloggio o comunità alloggio:

per nuclei di 10-30 utenti semi autonomi o per i dimessi dagli O.P. con caratteristiche di cronicità.

Sono costituiti da strutture articolate in stanze con numero ridotto di letti (due o tre) con servizi e spazi di soggiorno in comune, articolate a tipo «pensione», cioè con zone «abitazione» e zone «servizi» (cucina, mense, sale ricreazione, sale lavoro, ecc.).

Per le case alloggio è richiesta la presenza di personale ausiliario, animatori, terapisti occupazionali, nonché di infermieri per l'assistenza infermieristica continua, fermo restando che l'assistenza psichiatrica dedicata farà capo alle équipes del servizio per la salute mentale della U.S.L. competente per territorio.

Alla conduzione della comunità partecipano gli stessi utenti.

La dotazione organica occorrente dovrà essere prevista in aggiunta a quella del servizio di salute mentale.

OSPEDALI PSICHIATRICI

Fino al loro graduale superamento è necessario che in relazione alla delimitazione degli ambiti delle singole U.S.L. si ricolleghi la ridistribuzione dei pazienti dei singoli reparti ospedalieri secondo un criterio di territorialità e comprensorializzazione coincidente con gli ambiti identificati, di maniera che le équipes dovendo intervenire su tutto l'arco della malattia mentale, si prendano carico, non solo della domanda di assistenza proveniente dal territorio, ma anche della terapia, della riabilitazione e dal reinserimento degli attuali degenti degli Ospedali psichiatrici.

Consegue operativamente che il personale sanitario e parasanitario che dovrà operare per l'attività residua degli O.P. risulterà funzionalmente collegato con il servizio di salute mentale proprio del territorio di provenienza del degente.

Resta fermo quanto più sopra enunciato in merito ai rientri volontari, mentre al fine di ipotizzare una utilizzazione futura delle strutture afferenti agli O.P., si rappresenta l'opportunità di approfondire la possibilità di adibire, seppure in parte, alcuni locali per la istituzione di case alloggio o comunità alloggio con finalità assistenziali.

DOTAZIONE ORGANICA DELLE EQUIPES MULTIDISCIPLINARI ADDETTE AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE.

Si ribadisce che la quantificazione quali-quantitativa delle équipes formulata più sopra, attiene ad una prima fase di attuazione del progetto e di realizzazione dei servizi nella loro articolazione cui afferiscono le seguenti attività:

— visite e trattamenti ambulatoriali psichiatrici;
— visite domiciliari psichiatriche;
— guardia psichiatrica passiva;
— day-hospital psichiatrico;
— trattamenti sanitari obbligatori ospedalieri.

Nel prospetto che segue si riportano gli standards di personale connessi o in fase di attività a regime dei servizi, cui le singole U.S.L. dovranno attenersi ai fini della individuazione quali-quantitativa delle dotazioni organiche.

In merito, si sottolinea che le U.S.L., sentiti i Comuni interessati, elaborino compiuti piani attuativi di settore riferiti agli ambiti territoriali delle U.S.L., ed in conformità alle linee direttive di cui al presente progetto regionale, che consentano di individuare nel dettaglio:

— locali, strutture personale da utilizzare per i servizi territoriali di salute mentale e per la erogazione delle forme di assistenza extra ospedaliera, ivi comprese quelle socio-sanitarie alternative al ricovero;
— indicazioni operative per la più compiuta attuazione del programma regionale e per consentire la pianificazione degli interventi finalizzati agli obiettivi prefissati dal piano stesso, tenuto conto che peraltro, eventuali iniziative già assunte dagli Enti Locali, soprattutto nel campo assistenziale, devono essere armonizzate con gli indirizzi programmatici qui enunciati.

ATTIVITA'	QUALIFICHE PROFESSIONALI	PARAMETRI
Assistenza psichiatrica		
Visite e trattamenti ambulatoriali psichiatrici	— Psichiatra	1/50000
	— Psicologo	1/50000
	— Assistente sociale o A.S.V.	1/50000
	— Infermiere	1/10000
	— Ausiliario	1/25000
Visite domiciliari psichiatriche	— Psichiatra	1/50000
	— Psicologo	1/50000
	— Assistente sociale o A.S.V.	1/50000
	— Infermiere	1/10000
Guardia psichiatrica passiva	— Psichiatra	1/50000
	— Assistente sociale o A.S.V.	1/50000
	— Infermiere	1/10000
Day-Hospital psichiatrico	— Psichiatra	1/50000
	— Assistente sociale o A.S.V.	1/25000
	— Terapista	1/50000
	— Infermiere	1/10000
	— Ausiliario	1/25000
Trattamenti terapeutici ospedalieri	— se il servizio si avvale di p.l. per trattamenti obbligatori, l'organico suddetto sarà maggiorato del 30%.	

ATTIVITA'	QUALIFICHE PROFESSIONALI
Gruppo appartamento (o casa famiglia) A seconda del tipo di ospiti:	
a) «autogestita»	
b) dimessi dall'O.P., handicappati, adulti, ecc.	1 ausiliario 1 infermiere 1 fisioterapista (al mattino) 1 animatore (al pomeriggio) 1 assistente sociale
Comunità alloggio (case alloggio) Personale 30 ospiti	3 ausiliari 3 infermieri 1 animatore (al pomeriggio) 1 terapista (al mattino)

Nella quantificazione della dotazione organica si terrà conto delle eventuali esigenze di turnazione degli operatori al fine di garantire il servizio.

ACQUISIZIONE DEL PERSONALE

Effettuata la quantificazione delle varie figure professionali, avuto riguardo all'organico più sopra ipotizzato, occorre procedere al censimento delle forze disponibili presso i presidi psichiatrici pubblici, raccogliendo contemporaneamente, le opzioni di ogni operatore in relazione ai servizi dipartimentali cui intende essere adibito.

Sulla scorta delle residue necessità degli O.P., si provvederà su base provinciale alla ripartizione degli operatori ed al loro utilizzo presso i servizi ipotizzati, favorendo anche la mobilità del personale su scala regionale.

Successivamente, sarà possibile stabilire quali posti d'organico di nuova istituzione devono essere coperti tramite nuove assunzioni.

Per quanto attiene ai rapporti Università-Regione-Strutture Sanitarie, fermo restando il disposto dell'art. 39 della Legge 833/78, essi dovranno prevedere forme permanenti di collaborazione e coordinamento, specificatamente per quanto attiene i problemi della sicurezza e della salute mentale, della programmazione della formazione e qualificazione scientifica dei quadri psichiatrici.

Si suggerisce l'adozione di una linea di decentramento che per quanto riguarda la salute mentale prevede la preparazione professionale, clinica e scientifica non solo nelle attuali strutture universitarie, ma in tutti i presidi extra-ospedalieri e ospedalieri che dovranno afferire al dipartimento psichiatrico.

Si ritiene indispensabile il potenziamento della scuola di specializzazione in psichiatria e delle strutture didattiche destinate alla formazione, qualificazione e riqualificazione dei vari operatori psichiatrici a tutti i livelli, ma soprattutto per la formazione di medici specialisti psichiatrici di cui si riscontra una grave carenza numerica.

L'Università a seguito della stipulazione di apposita convenzione ai sensi della vigente normativa di cui alla Legge 833/78, potrà gestire servizi per la salute mentale (ospedalieri ed extra-ospedalieri) afferenti all'ambito territoriale delle U.S.L. individuate.

In tale ottica, ad esempio, si dovrà esaminare l'opportunità, di convenzionamento con l'Università di Cagliari per uno dei servizi psichiatrici già ipotizzati nelle U.S.L. di Cagliari o in quelle limitrofe.

La capacità operativa delle U.S.L. ed in particolare degli enti locali interessati, consentirà di perfezionare e definire tale complesso problema che peraltro deve armonizzare con la disponibilità di strutture e di risorse finanziarie.

AMBITI TERRITORIALI		SERVIZI DI ASSISTENZA PSICHIATRICA E SALUTE MENTALE		
U.S.L.	POPOLAZIONE	DIAGNOSI E CURA POSTI LETTO		AMBULATORIALI
N. 1	202.722	Ospedale Sassari	p.l. 15	N. 4 Sassari
				N. 1 Portotorres
				N. 1 Castelsardo
N. 2	77.981			N. 1 Alghero
				N. 1 Pozzomaggiore
				N. 1 Thiesi
N. 3	35.128	Ospedale Tempio	p.l. 5	N. 1 Tempio
N. 4	65.821	Ospedale Olbia	p.l. 5	N. 1 Olbia
				N. 1 Palau o S. Teresa
				N. 1 La Maddalena
N. 5	52.190	Ospedale Ozieri	p.l. 8	N. 1 Ozieri
				N. 1 Bono
N. 6	39.419			N. 1 Macomer
N. 7	93.302	Ospedale S. Francesco		N. 2 Nuoro
		Nuoro	p.l. 15	N. 1 Gavoi
N. 8	32.025			N. 1 Siniscola
N. 9	60.229	Ospedale Lanusei	p.l. 8	N. 1 Lanusei
				N. 1 Ierzu
				N. 1 Tortolì
N. 10	22.299			N. 1 Sorgono
N. 11	27.543	Ospedale Isili	p.l. 8	N. 1 Isili
N. 12	37.016	Ospedale Ghilarza	p.l. 8	N. 1 Cuglieri
				N. 1 Ghilarza
N. 13	95.267	Ospedale S. Martino Oristano	p.l. 15	N. 1 Oristano
N. 14	22.760			N. 1 Ales
N. 15	62.515	Ospedale S. Gavino	p.l. 14	N. 1 S. Gavino
				N. 1 Guspini
N. 16	55.204	Ospedale S. Barbara Iglesias	p.l. 8	N. 1 Iglesias
N. 17	90.225	Ospedale Carbonia	p.l. 15	N. 2 Carbonia
				N. 1 Sant'Antioco
N. 18	44.405			N. 1 Senorbì
				N. 1 S. Nicolò Gerrei
				N. 1 Muravera
N. 19	60.635			N. 1 Sanluri
				N. 1 Serramanna

AMBITI TERRITORIALI		SERVIZI DI ASSISTENZA PSICHIATRICA E SALUTE MENTALE				
U.S.L.	POPOLAZIONE	DIAGNOSI E CURA POSTI LETTO		AMBULATORIALI		
N. 20	179.451	Ospedale S. Giovanni di Dio Cagliari	p.l. 15	N. 1	Castello, Marina, Stampace	Circoscriz. 1
					S. Benedetto	Circoscriz. 4
				N. 1	CEP, Fonsarda	Circoscriz. 7
					Genneruxi, S. Giuliano, M. Urpinu	Circoscriz. 8
				N. 1	S. Elia, S'Arrulloni, La Palma	Circoscriz. 9
				N. 1	P. Repubblica, M. Mixi, Bonaria	Circoscriz. 10
				N. 1	Villanova, La Vega	Circoscriz. 3
					S. Avendrace	Circoscriz. 2
N. 21	159.985	Ospedale SS. Trinità	p.l. 15	N. 1	S. Michele, M. Becciu	Circoscriz. 5
					Is Mirrionis, Bingia Matta	Circoscriz. 6
		Ospedale SS. Trinità	p.l. 15	N. 1	Pirri	
				N. 1	Monserrato	
				N. 1	Monastir	
N. 22	78.056			N. 1	Quartu S. Elena	
				N. 1	Sinnai	

SERVIZI DI URGENZA E DI EMERGENZA

L'azione programmatica ha come scopo generale quello di migliorare l'efficienza dei servizi di pronto soccorso, organizzandoli in un sistema unitario capace di far fronte ai bisogni di urgenza e di emergenza, che vengono espressi nei diversi ambiti territoriali dell'Isola in base alle peculiari caratteristiche dell'ambiente di vita e di lavoro.

Per urgenza si intende una qualsiasi situazione patologica nella quale un trattamento a tempi stretti è indicato formalmente, in quanto indispensabile alla miglior riuscita delle cure e ad evitare che l'urgenza si trasformi in emergenza.

Per emergenza si intende quindi una situazione alla quale, in tempi brevi, fa necessariamente seguito la morte del malato o la grave compromissione della sua integrità, a meno che la situazione non venga affrontata con assoluta tempestività e mezzi idonei.

Il presidio determinante per l'assolvimento di queste funzioni è il Pronto Soccorso, il quale deve essere posto in condizioni di far fronte alle richieste di urgenza e di emergenza. La sua attività inizia nel territorio con l'impiego di idonei mezzi di trasporto e prosegue nel dipartimento delle emergenze costituito dal pronto soccorso con i suoi letti di attesa, dall'area della sorveglianza continuativa e della terapia intensiva generale e da eventuali centri di terapia intensiva specialistici.

L'attività di pronto soccorso legata strettamente a tutta la struttura ospedaliera, al settore delle emergenze, alle funzioni filtro ed al territorio, caratterizza questo servizio come la struttura qualificante di una moderna concezione dell'ospedale, incernierato sui servizi più che sui soli reparti di degenza; obbligato a partecipare ad attività in comune; non frammentato nell'as-

sunzione delle diverse responsabilità; accorpato per competenze in strutture funzionalmente interdipendenti, coinvolto in continuo nell'attività extra-ospedaliera in un dinamico equilibrio di funzioni che trovino un costante punto di incontro nei poliambulatori, nel day-hospital, nel pronto soccorso, nell'accettazione, nella gestione delle emergenze durante il trasporto.

La qualificazione del pronto soccorso per renderlo capace di soddisfare la domanda di urgenza e di emergenza può essere ottenuta attraverso l'osservazione epidemiologica, in maniera da conoscere continuamente lo evolvere della situazione sanitaria nel territorio ed in particolare la tipologia e la qualità delle urgenze e delle emergenze, a cui è chiamato a far fronte.

OBIETTIVI

Attraverso la programmazione e l'organizzazione di un sistema unitario di pronto soccorso si intende attivare un servizio che sia in grado di provvedere:

— alla pronta localizzazione ed identificazione delle urgenze e delle emergenze;

— all'immediato intervento;

— al sostegno ed al prolungamento della vita con mezzi di emergenza sia in loco che in transito;

— al coordinamento, trasporto e comunicazioni necessarie all'avvio del paziente alla sede del pronto soccorso;

— al trasferimento a quei reparti che più specificatamente siano idonei al trattamento del paziente in base alle esigenze che egli manifesta.

Si tratta, quindi di programmare e organizzare un servizio in grado di realizzare un pronto soccorso qualificato ed efficace in quanto tempestivo, attrezzato, coordinato, adeguato, guidato.

Per raggiungere questi fini occorre preliminarmente affrontare e risolvere alcune questioni fondamentali quali:

a) la collocazione del pronto soccorso: benché la sede del pronto soccorso venga tradizionalmente identificata nell'ospedale, si può però ravvisare l'opportunità di creare dei punti di pronto soccorso di emergenza, oppure volanti in sedi del tutto autonome rispetto all'ospedale, ad esempio in quelle zone in cui particolari situazioni geomorfologiche, di viabilità ecc. pongano la necessità di intervenire di frequente oppure offrano particolari ostacoli ad un intervento rapido. Le decisioni che saranno adottate devono comunque tenere presente il vincolo insuperabile della qualificazione della struttura qualunque sia la sua sede. Questa qualificazione viene ottenuta ricorrendo all'ospedale per reperire rapidamente uomini e mezzi per provvedere alle emergenze. Ciò fa riconoscere al pronto soccorso degli ospedali una funzione di coordinamento delle attività extraospedaliere, senza peraltro derivare da questa situazione l'attribuzione al pronto soccorso di un diverso livello funzionale e di qualificazione;

b) i livelli funzionali e di qualificazione: pur eludendo a priori che l'attività generale di pronto soccorso venga programmata ed organizzata secondo livelli diversi, rimane però da affrontare il problema del soddisfacimento di bisogni di soccorso specifici. In analogia e coerentemente con i principi di impostazione della pianificazione del comparto ospedaliero, in cui è fondamentale l'identificazione di un nucleo di base, anche per il pronto soccorso occorre individuare caratteristiche di base necessarie per conferirgli il grado minimo di qualificazione accettabile. Queste ovviamente sono in funzione delle urgenze e delle emergenze che ad esso possono affluire;

c) la distribuzione territoriale: il criterio da assumere non è quello della presenza obbligatoria del pronto soccorso in tutti gli ospedali, ma quello della individuazione di sedi preordinate — scelte in base ad una serie di parametri territoriali, organizzativi e funzionali — nelle quali collocare il servizio. A tal fine potrà essere utile considerare anche le esigenze emergenti dai servizi di guardia medica che, come noto, hanno una competenza delimitata territorialmente.

MODI

Per poter raggiungere gli obiettivi indicati al punto precedente occorre disporre di una metodologia mediante la quale definire: le caratteristiche di base del pronto soccorso, i rapporti tra pronto soccorso e trasporto dell'emergenza dal luogo in cui si è presentata al pronto soccorso; il trasporto dal pronto soccorso ad un luogo di cura più qualificato in sede diversa; il rapporto tra pronto soccorso e terapia intensiva; i caratteri della terapia intensiva.

La soluzione di questi problemi deve essere ricercata adottando come criterio guida quello di porre a disposizione del pronto soccorso con carattere di precedenza tutte le competenze e le attrezzature dell'Ospedale, necessarie per la qualificata assistenza ad ogni singolo caso.

Le caratteristiche di base di un pronto soccorso emergono dall'analisi di provvedimenti che devono essere presi nel corso di una emergenza, in funzione della qualificazione di coloro che sono chiamati a prenderli. Questi possono essere così schematizzati:

a) provvedimenti che possono essere presi da persone non qualificate in senso sanitario: un'adatta istruzione di queste persone porta a ridurre la pericolosità estrema in certi interventi e può così realizzare alcuni vantaggi quali una più rapida comunicazione agli organi preposti al pronto soccorso dell'esistenza di una emergenza e del tipo di essa; la somministrazione di quei primi soccorsi che possono impedire ad un accidentato di perire per una situazione banale, la pratica di manovre che non producono ulteriori lesioni;

b) provvedimenti che possono essere assunti dalle generali del personale sanitario: conoscenze teorico-pratiche di estrema semplicità debbono essere possedute da tutto il personale di base del servizio sanitario. Inoltre, mentre al personale sanitario non medico — al fine di ottenere uno standard minimo — si deve impartire una preparazione adeguata sulle manovre di resuscitazione, a livello del personale medico, oltre alla conoscenza delle tecniche di resuscitazione manuale, si deve sviluppare una preparazione teorica e pratica sulla terapia farmacologica e strumentale essenziale.

c) provvedimenti che possono essere assunti in ambito ospedaliero:

— in ambiente di ricovero:
sia che si tratti di ospedali, di case di cura private, di ambulatori attrezzati per terapie di tipo medico o chirurgico comportanti rischio rilevante per il malato, il personale non medico dovrà avere un'adeguata preparazione in questo campo. Altrettanto dicasi per il personale medico, particolarmente laddove esistono sale operatorie, anche se in questi casi appare necessaria la presenza continuativa di un medico che abbia perfetta padronanza del funzionamento degli apparecchi indispensabili per attuare una resuscitazione strumentale anche prolungata;

— in strutture di pronto soccorso:
le pratiche fin qui descritte riguardano l'attività di pronto soccorso che può essere esplicata sia da un cittadino qualunque sia dalla generalità degli operatori sanitari medici e non medici.

Le condizioni minime da realizzare nelle strutture sanitarie (ospedaliere o no) appositamente indicate come sedi di pronto soccorso sono più complesse e riguardano sia la struttura, sia l'attrezzatura che il personale.

Per quanto riguarda la struttura è evidente che il pronto soccorso dovrà trovare posto in una sede direttamente accessibile ai mezzi di trasporto e protetta contro venti e intemperie ed adeguata ad accogliere nella maniera migliore il malato; dovrà eccere dotato di rapide vie di collegamento con i luoghi di cura di livello più specialistico, nella stessa sede o in altri ambienti e, infine, funzionare da «perno» per l'attività dei mezzi di soccorso sanitario. Questi mezzi costituiscono strumenti fondamentali per l'attività del pronto soccorso essendo loro affidate le funzioni di raggiungere tempestivamente il luogo dove si è verificata la situazione di urgenza e/o di emergenza; di portare soccorso in tempo ed in maniera corretta; di trasportare rapidamente il paziente senza che il quadro clinico subisca, per il trasporto, un aggravamento, iniziando già in itinere — per quanto possibile — il trattamento dell'emergenza.

In questi pronto soccorso, stazioneranno anche mezzi di soccorso sanitario attrezzati per il trasporto dal pronto soccorso ad altri ospedali.

Per quanto riguarda l'attrezzatura, essa sarà di tipo farmaceutico e di tipo strumentale, sempre disponibile e sempre in perfette condizioni di funzionamento, in quantità tale da rendere il pronto soccorso autosufficiente.

Per quanto, infine, riguarda il personale, la preparazione relativa alla resuscitazione deve essere una preparazione specifica, sia per quanto riguarda il personale sanitario non medico sia quello medico. La presenza di questo personale deve essere garantita in turno per l'intero arco delle ventiquattro ore ed esso deve poter usufruire delle competenze di vari specialisti (tra cui i laboratoristi) necessari alla esatta formulazione della diagnosi o, comunque, al riconoscimento ed al trattamento delle condizioni di urgenza e di emergenza.

Da quanto si è detto sinora, appare chiaramente evidente che il pronto soccorso deve avere sedi ben definite nella regione, scelte in base ai criteri che sono stati precedentemente indicati. Deve possedere contemporaneamente caratteristiche proprie, alcune delle quali appaiono a priori irrinunciabili. La prima di queste caratteristiche è quella di essere identico per ogni ospedale dove verrà istituito, qualunque sia il suo livello, in quanto quelli che possono variare sono i collegamenti interni e le disponibilità collaterali; la seconda è quella di trovare, nel fabbricato ospedaliero, collocazione che consenta da un lato la miglior accessibilità ai mezzi di soccorso sanitario, e dall'altro, a tutti i reparti di de-

genza, con particolare riguardo per il centro di rianimazione, e che disponga di dimensioni adeguate ad accogliere tutti i servizi necessari. La terza condizione irrinunciabile è quella relativa all'indipendenza del pronto soccorso dagli altri settori ospedalieri; tale indipendenza non deve riguardare soltanto il personale sanitario non medico ma anche tutto quel complesso di attrezzature e materiali e quei vari elementi che in esso devono obbligatoriamente essere presenti.

Il personale del pronto soccorso deve essere necessariamente medico e non medico. La dotazione minima è costituita dal medico di guardia, da non meno di due infermieri specializzati e dagli equipaggi per i mezzi di soccorso sanitario, questi ultimi composti a loro volta da un infermiere specializzato e da un infermiere generico con prevalenti compiti di autista.

Alcune condizioni generali devono essere rispettate per quanto riguarda il lavoro di tutto questo personale. Per i medici deve essere evitata la cristallizzazione nella cura delle emergenze attraverso lo scambio continuo con tutti i reparti dell'ospedale, il cui lavoro sia correlato con il servizio per le emergenze. Analogo scambio deve essere reso possibile tra il personale infermieristico specializzato del pronto soccorso e dei mezzi di soccorso sanitario. Un'esigenza fondamentale è quella di promuovere un continuo ricambio di personale tra pronto soccorso mezzi di soccorso sanitario, settori operatori e di terapia intensiva, in quanto in tale mobilità del personale è condizione elementare per la costituzione ed il funzionamento dei dipartimenti di emergenza.

Infine deve essere posta particolare attenzione nella scelta del materiale e nella responsabilizzazione del personale nei confronti della manutenzione accurata e dell'efficienza continua del materiale ad esso affidato, mediante uno studio ambientale abbastanza particolareggiato che consenta soluzioni razionali anche se condizionate dalle singole realtà locali.

In conclusione sembra necessario riassumere come segue le indicazioni e le raccomandazioni finora espresse. Un pronto soccorso, per essere attrezzato ed in grado di assicurare un corretto funzionamento adeguato alla delicatezza dei bisogni sanitari da soddisfare, deve esaudire le seguenti condizioni irrinunciabili:

a) avere personale non medico specializzato proprio, da rendere intercambiabile, previa idonea preparazione, con i reparti e con certe strutture;

b) aver personale medico sempre presente mediante la formazione degli operatori dei diversi reparti che hanno attinenza con le emergenze;

c) disporre di attrezzature proprie, di tipo resuscitativo e non, sempre presenti e sempre in perfette condizioni di funzionamento ed efficienza, per l'acquisto delle quali deve prevalere l'esigenza di uniformità in maniera da consentire lo scambio con specifici comparti dell'attività ospedaliera;

d) avere un'assoluta indipendenza per quello che riguarda i rifornimenti (forza motrice, materiale farmaceutico, guardaroba, servizi igienici, ecc.).

Problemi particolari di organizzazione si debbono affrontare per mettere il pronto soccorso in grado di accogliere pazienti in speciali condizioni di emergenza. La soluzione va individuata nell'assicurare al pronto soccorso la disponibilità di una attrezzatura minima di rianimazione (uno o due letti) che consenta di trattare il malato nella maniera più idonea possibile per tutto il tempo necessario a superare le condizioni di emergenza assoluta, quando si ha cioè compromissione delle funzioni vitali, provvedendo solo successivamente al trasferimento del malato.

Nell'ambientazione del pronto soccorso si deve quindi tenere conto dell'accessibilità ai settori di terapia intensiva, della consistenza di questi settori, sino alla necessità di creare una unità di rianimazione nell'ambito del pronto soccorso stesso, per evitare che il malato in emergenza, raccolto in tempo utile, soccorso in maniera adeguata durante il trasporto, trattato in maniera idonea nel pronto soccorso, possa andare incontro ad ulteriori sofferenze o addirittura alla morte per la impossibilità di trattarlo in maniera adatta nelle ore immediatamente successive al suo arrivo, o per l'impossibilità di farlo giungere a tempo debito in un ospedale attrezzato per quel tipo di emergenza.

Un problema a se stante è costituito dai mezzi di soccorso sanitario con i quali si deve provvedere vuoi al semplice trasporto di malati, vuoi all'intervento sul luogo dell'urgenza e della emergenza, vuoi al trasferimento dell'emergenza. A queste funzioni si fa fronte rispettivamente con ambulanze generiche, con mezzi di soccorso sanitario di 1° ordine, con mezzi di soccorso sanitario di 2° ordine. Il complesso di questi mezzi deve ricadere interamente nella programmazione regionale dei servizi di pronto soccorso, qualunque sia la posizione istituzionale di partenza (CRI, Croci private, ecc.). L'obiettivo da perseguire è quello di realizzare una rete regionale di mezzi di soccorso sanitario nella quale devono confluire sia i mezzi di trasporto degli ospedali pubblici (qualunque ne sia il tipo), sia degli enti locali, sia di altre istituzioni pubbliche, sia per convenzione, quelli della CRI e delle Croci private.

Le ambulanze generiche dovranno essere adibite al trasporto di malati non in emergenza, ed avere quindi le caratteristiche di «taxi sanitario»; i mezzi di soccorso sanitario di 1° ordine saranno adibiti agli interventi sui luoghi delle emergenze; i mezzi di soccorso sanitario di 2° ordine ai trasferimenti in emergenza con l'avvertenza che queste differenziazioni più che configurare livelli qualitativi di intervento diversi costituiscono diverse modalità d'impiego in relazione al bisogno di soddisfare.

I taxi sanitari possono essere in dotazione ad ogni ospedale, tenendo presente che il trasporto dell'ammalato non in emergenza può essere effettuato a dovere solo se il personale a bordo conosce le tecniche di resuscitazione normale (e su di esse viene periodicamente aggiornato) e il mezzo ha a bordo il corrispondente minimo di attrezzature.

I mezzi di soccorso sanitario di 1° ordine e di 2° ordine sono identici per quanto riguarda gli elementi meccanici e le caratteristiche dell'abitacolo sanitario; la distinzione si realizza a seconda della qualificazione del personale a bordo e del materiale sanitario che porta con se. Il personale a bordo di un mezzo di soccorso sanitario di 1° ordine deve essere costituito da due paramedici specializzati in resuscitazione e cure di emergenza con patente di guida (la dotazione minima accettabile è quella di un paramedico specializzato e di un paramedico generico con patente di guida), nel mezzo di soccorso sanitario di 2° ordine deve essere presente anche un medico esperto in rianimazione;. Oltre alla attrezzatura ordinaria del mezzo di soccorso sanitario di 1° ordine, in quello di 2° ordine deve trovarsi il materiale per la resuscitazione cardiaca strumentale, per la respirazione automatica a paziente intubato, per la terapia farmacologica dello shock, ecc..

Tutti i servizi di pronto soccorso devono avere a disposizione mezzi di soccorso sanitario di 1° ordine in numero adeguato alle esigenze ed alle caratteristiche del territorio; nel secondo e nel terzo grado di pronto soccorso devono essere presenti anche i mezzi di soccorso sanitario di 2° ordine.

Le Associazioni di volontariato, ai sensi dell'art. 45 della legge 833/78, potranno concorrere al perseguimento delle finalità proprie dei servizi di pronto intervento e trasporto di infermi in base a idonee convenzioni da stipularsi con le UU.SS.LL. ai sensi del citato art. 45 tenuta presente comunque l'esigenza di garantire il coordinamento dell'attività di dette associazioni con quella che afferisce direttamente ai presidi pubblici.

I diversi livelli di pronto soccorso sono:

a) pronto soccorso di 1° livello: si tratta di un servizio collocato in un ospedale zonale o di maggiore qualificazione che non può usufruire di un'area di terapia intensiva nell'ambito della propria ambientazione e che dovrà disporre di 1/2 letti di terapia intensiva nel proprio ambito ed in locali adatti. Questi letti non sono sostituibili né da un centro di sorveglianza coronarica né dalla recovery room e devono servire per tutti i tipi di rianimazione che affluiscono al pronto soccorso dall'esterno o dall'interno dell'ospedale;

b) pronto soccorso di 2° livello: si tratta di un servizio collocato in un ospedale che ha un proprio centro di rianimazione. La completa integrazione del pronto soccorso da parte delle strutture di terapia intensiva dell'ospedale si verifica però quando queste strutture dispongono in maniera continuativa di un servizio di analisi e di radiodiagnostica;

c) pronto soccorso di 3° livello: si tratta di un servizio collocato in un ospedale che oltre ad avere un proprio centro di rianimazione, dispone di quelle specialità che consentono di affrontare emergenze di particolare qualificazione ed alle quali devono essere inviati soltanto i malati da parte degli altri servizi di pronto soccorso.

L'unicità del servizio di pronto soccorso garantisce un'iterdipendenza reale tra questi livelli, in virtù della quale si può ipotizzare un modello di funzionamento ottimale «in rete» di questi servizi:

— dal luogo dell'emergenza il malato deve arrivare, assistito adeguatamente al pronto soccorso di livello unico più vicino, qualunque sia la sede nella quale esso è collocato;

— di qui il malato, qualora fosse necessario ,dovrà giungere al centro specializzato per il suo successivo trattamento solo attraverso il trasporto di secondo ordine, cioè solo attraverso un trasporto interamente intra-ospedaliero attuato con uomini e mezzi del 2° e 3° livello. Con mezzi di soccorso di 2° ordine è possibile effettuare trasporti di emergenza specialistica dal luogo dell'emergenza al centro specialistico autonomo. Problemi particolari possono sorgere nell'intervento del servizio in caso di intossicazioni esogene e delle ischemie acute del miocardio. In caso di intossicazioni acute le misure terapeutiche possono essere adottate, al di fuori di un ambiente superspecializzato, dal pronto soccorso ed eventualmente dalle unità di terapia intensiva che di esso facciano parte o che ad esso siano strettamente collegate. La necessità reale è costituita da un centro di coordinamento regionale, con funzioni di informazione, al quale accedere mediante rapidi collegamenti telefonici.

In caso di ischemia acuta del miocardio si deve tener presente che una percentuale alquanto elevata di infartuati muore nella prima ora dell'insorgenza dell'infarto, e che un'altra percentuale, altrettanto alta, muore entro i primi 6/7 giorni di malattia. In queste condizioni i presupposti per un intervento fruttuoso nei confronti di queste emergenze sono costituiti dalla disponibilità di mezzi di trasporto particolarmente idonei (i mezzi di soccorso sanitario di secondo ordine) e dalla capacità del medico esterno di istituire una terapia resuscitativa in attesa del soccorso dell'ospedale.

Un problema particolare nell'organizzare la rete dei servizi di pronto soccorso è costituito dalle comunicazioni alle quali sono affidate specifiche funzioni e che devono quindi possedere determinate caratteristiche.

Le funzioni fondamentali sono quelle di tenere sotto controllo tutta la rete dei mezzi di soccorso, al fine del loro impiego ottimale, e quello di collegare i mezzi di soccorso con gli ospedali per una ulteriore qualificazione dell'intervento. In prospettiva si deve puntare anche alla creazione di «un osservatorio epidemiologico mirato» che consenta di elaborare mappe specifiche di rischio e di svolgere una *funzione filtro* per la selezione degli interventi.

Sul piano tecnico appare sproporzionata alle esigenze oggettive l'istituzione di una centrale di chiamata totalmente indipendente dai servizi già funzionanti, mentre è realistico definire uno spazio di autonomia e di qualificazione all'interno del sistema di chiamata già esistente con il 113.

Rianimazione e terapia intensiva, una moderna concezione delle emergenze rende indispensabile, come si è già visto, il rapporto tra servizi di pronto soccorso e servizi di rianimazione e terapia intensiva. Questo rapporto non è occasionale ma organico e quindi continuativo e qualificato, dando luogo a quel «dipartimento delle emergenze» la cui realizzazione comporta la necessità di risolvere problemi complessi di carattere strutturale, organizzativo e funzionale. A questi problemi si farà riferimento in questo paragrafo, dopo aver fatto un rapido cenno ad alcune questioni generali di contenuto.

La rianimazione è, per definizione, quella branca della medicina che comprende nel suo interno la resuscitazione e la terapia intensiva. E' quindi quella che si compie nei centri di terapia intensiva nei confronti di malati che versano in una condizione di emergenza non estemporanea ma continuativa, nel corso della quale è necessario sopperire, sul piano farmacologico e strumentale, all'insufficienza duratura delle funzioni vitali. Questa attività non deve essere confusa con quella espletata da altri servizi quali i letti monitorati, la sala di risveglio, i centri di sorveglianza intensiva.

Nell'ambito dell'attività di rianimazione la resuscitazione assume un significato a sé stante, in quanto comprende tutte quelle misure ed interventi di emergenza, manuali e strumentali, che consentono a pazienti, in stato di insufficienza acuta delle funzioni vitali, di sopravvivere al rapido decadimento delle funzioni stesse, arrivando a riottenere il ripristino di una condizione fisiologica o semplicemente determinando quel tanto di recupero del malato, da far sì che esso possa vantaggiosamente essere affidato ad un centro di terapia intensiva. L'effettuazione delle pratiche risuscitative costituisce il raccordo tra l'attività del pronto soccorso e quella delle unità di terapia intensiva dalla cui integrazione prende corpo il dipartimento delle emergenze nel quale possono essere ricondotte quelle attività che in qualchè maniera possono ricadere nella competenza generale della terapia intensiva.

Le indicazioni che possono essere date riguardo a questa attività collaterali sono le seguenti:

— letti monitorati: non hanno alcuna validità e pertanto i pazienti dei singoli reparti ospedalieri da sottoporre a monitoraggio devono essere inviati nel settore ospedaliero che ha la competenza specifica;

— centri nefrologici: per affrontare i problemi di terapia intensiva che possano insorgere in questo servizio, non tanto nei trapianti renali quanto in malati abbisognevoli di rianimazione anche nefrologica, è ritenuto uno spreco inutile attrezzare sale operatorie ed ambienti per la terapia intensiva nell'ambito dei centri nefrologici, essendo sufficiente una stretta collaborazione tra i due servizi;

— stanze di risveglio: la collocazione di questi servizi è all'interno dei blocchi operatori e la responsabilità del loro funzionamento ricade sugli anestesisti-rianimatori che prestano servizio presso le camere operatorie, integrati da personale paramedico specializzato fisso;

— centri di sorveglianza continuativa: devono accogliere pazienti con esigenze di assistenza superiori alla media di quella ottenibile nei comuni reparti di degenza. Questi pazienti devono trovare sede in un unico centro la cui gestione può essere plurima con un coordinamento comune, o preferibilmente, del dipartimento delle emergenze. Qualora l'ospedale sia dotato di un centro per la terapia intensiva, il centro di sorveglianza continuativa deve essere collocato nella stessa sede in contatto strettissimo con il settore post-acuti della terapia intensiva.

Qualora l'ospedale sede di pronto soccorso non abbia un proprio centro di terapia intensiva, il centro di sorveglianza continuativa deve essere sistemato in stretto contatto con i letti di rianimazione del pronto soc-

corso. Le dimensioni di un centro di sorveglianza continuativa, come espressione del dipartimento delle emergenze, può essere organizzato un centro di osservazione continuativa per la patologia coronarica acuta. Ciò è conveniente negli ospedali che hanno un centro di terapia intensiva ed un bacino di alimentazione di almeno 200 mila abitanti. Altrimenti è più vantaggioso riservare alcuni posti letto per questo tipo di malati (1 ogni 2 letti) nei centri di terapia intensiva o, in mancanza di essi, porre il centro coronarico nell'ambito dell'area unitaria di terapia intensiva del pronto soccorso.

A titolo indicativo si deve tenere presente che due letti del centro di terapia intensiva riservati ai coronaropatici acuti consentono il ricovero di circa 100 infartuati all'anno in un ambiente con il più alto livello di garanzia.

L'istituzione di un centro di terapia intensiva (o centro di rianimazione) comporta la soluzione di un certo numero di problemi, quali:

a) tra un centro di terapia intensiva polispecialistico e centri di terapia intensiva specializzati e distinti, la scelta deve privilegiare di norma la prima soluzione;

b) per il dimensionamento di questo servizio si deve fare riferimento ad una serie di parametri quali il numero e le caratteristiche degli ospedali presenti; il tipo di attività chirurgica e di patologia; la presenza o la mancanza dei settori post-acuti e il valore assoluto dei mezzi da destinarsi alla sorveglianza continuativa;

c) l'occupazione dei letti non può essere limitata all'80% di quelli disponibili, in quanto il dimensionamento è fatto in base alle esigenze reali tenendo conto che:
   - dato il costo unitario di questi letti tenerne vuoti il 20% significa far aumentare del 20% il costo di questo servizio;
   - i letti del settore post-acuti e del pronto soccorso e la presenza di sale di risveglio offrono un margine sufficiente alla flessibilità ricettiva del centro.

In base agli elementi sinora considerati il dimensionamento del centro di terapia intensiva sarà effettuato utilizzando come indice il 2% dell'occupazione media dei posti letto ospedalieri esistenti nell'area territoriale interessata, depurato delle lungodegenze, dalle degenze superiori ai 30 giorni in reparti con acuti dalle degenze superiori ai 30 giorni in reparti di superspecialità che abbiano esigenza di centri di terapia intensiva autonoma.

L'indice proposto non deve tener conto dei letti a scopi rianimativi temporanei e della quota di occupazione media dei posti letto che si riferiscano ai reparti afferenti al centro specialistico.

La soluzione ottimale è ovviamente quella di ricoverare le emergenze in una struttura unicentrica polispecialistica adeguatamente collocata nell'ambito ospedaliero e nella quale deve essere presente personale tecnico specificatamente qualificato ed in quantità adeguata alle esigenze. Questa struttura deve entrare in rapporto con il pronto soccorso e l'accettazione mediante la creazione di una struttura dipartimentale che dia contenuto al sottosistema delle funzioni filtro al quale si è fatto riferimento nel paragrafo relativo alla pianificazione del comparto ospedaliero.

L'unità minima funzionale per l'istituzione di un centro di terapia intensiva non può essere inferiore a quattro letti, che comunque costituisce un'unità non gestibile autonomamente. La ripartizione dei letti deve destinarne uno alla rianimazione, due alla terapia intensiva, uno ai post-acuti, variando questa proporzionalità man mano che aumenta la dimensione del centro.

Negli ospedali-sedi di pronto soccorso di 3° livello può essere prevista l'istituzione di centri di terapia intensiva e di sorveglianza continuativa di tipo specialistico. Tra le tante indicazioni che sono emerse in proposito, l'esperienza compiuta ha consentito di vagliare le diverse situazioni e di ritenere che alcune situazioni di emergenza che si possono verificare nell'ambito delle intossicazioni della patologia neonatale, delle malattie infettive, delle lesioni midollari acute e dei barotraumatismi non richiedono strutture monospecialistiche a sé stanti in quanto la domanda di prestazioni provenienti da questi settori della patologia può essere soddisfatta da una struttura unicentrica- polispecialistica.

Altri settori della patologia che danno luogo a frequenti situazioni di emergenza devono essere affrontati in modo da assicurare l'operatività di strutture specialistiche quali ad esempio, il centro per gli ustionati, le camere iperbariche e il centro antiveleni.

Scelte operative

L'applicazione di questi criteri in Sardegna ai fini di una rete unificata di servizi di pronto soccorso e di presidi di terapia intensiva, comporta la necessità di di compiere alcune scelte di tipo qualitativo e di tipo territoriale.

Alla rete dei servizi di pronto soccorso dovrebbe essere attribuita l'articolazione evidenziata nelle allegate tabelle.

Le strutture unicentrico-polispecialistiche per la terapia intensiva e la sorveglianza continuativa dovrebbero essere costituite dagli Istituti di Anestesiologia e Rianimazione delle due Facoltà di Medicina di Sassari e Cagliari e dai relativi reparti ospedalieri.

Per l'istituzione di Centri di terapia intensiva e la sorveglianza continuativa «specialistici ed autonomi»

occorrerà verificare la presenza di tutti quei servizi e reparti che costituiscono, per ciascuna specialità, compresenze obbligate. Contemporaneamente sarà necessario misurare la sufficienza del bacino di alimentazione sia in termini generali (popolazione complessiva) sia in termini specifici (ad ese. industrie ad alto rischio per quanto riguarda le ustioni).

La rete regionale dei servizi di urgenza e di emergenza deve essere realizzata e resa gradualmente efficiente anche avvalendosi di un confronto di esperienze e di un collegamento tra strutture civili e militari.

Infatti, l'esperienza rivela l'importanza non soltanto di una collaborazione ma addirittura di una integrazione fra le due organizzazioni sanitarie, così da permettere un uso a produttività molto elevata dei mezzi, esaltandone l'efficienza operativa nel campo del pronto soccorso.

Con una certa frequenza avviene che malati gravi o traumatizzati, vengano trasportati grazie all'impiego di mezzi aerei militari ed alla collaborazione tra le strutture militari e civili, da località isolate dove non possono avere la necessaria assistenza, in Ospedali attrezzati al fine di essere adeguatamente curati.

La gravità dei casi, l'urgenza di intervenire con immediatezza in presidi sanitari adeguati alle necessità, hanno spesso imposto l'utilizzo di mezzi aerei militari in luogo del trasporto a mezzo autoambulanza il cui impiego talvolta può non essere opportuno anche in considerazione di altri elementi connessi alla particolare geografia della Sardegna.

Come è noto, la superficie della Sardegna — caratterizzata da scarsissima densità demografica e costituita prevalentemente da grossi massicci montani, inframmezzati da estese fasce collinose e pianeggianti — è servita da una rete stradale insufficiente e poco agevole, per cui, in caso di gravi incidenti o in occasione di pubbliche calamità, l'azione di primo soccorso si rivela difficile e lenta, con grave pregiudizio della salvezza di vite umane, in quasi tutto il territorio.

In questo quadro assume particolare rilievo l'esigenza di:

a) ridurre al minimo i tempi di trasporto dell'ammalato dal luogo dove si trova a quello di cura, tenendo conto che per ammalati o infortunati gravi il mancato trasporto urgente può avere risultati gravissimi;

b) evitare che, a causa dei lunghi e tortuosi percorsi, questi subisca, in tale fase, ulteriori e più gravi conseguenze (trasporto con mezzi terrestri pregiudizievoli per durata e disagi).

I trasporti degli ammalati possono avvenire con mezzi terrestri (autoambulanze) aerei (elicotteri ed aeroplani), marittimi.

Il trasporto a mezzo autoambulanze può essere, di regola, utilmente realizzato per coprire brevi distanze anche con sistema viario scadente ovvero per lunghe distanze su superstrade.

A tale scopo, per la particolare situazione determinata dalla non facile percorribilità stradale si rende necessario dotare l'Ospedale di Muravera di ambulanze con tutte le attrezzature sanitarie indispensabili per garantire una efficiente e sicura assistenza.

Il trasporto marittimo si rende necessario per i trasporti tra le isole minori e la Sardegna e può essere effettuato a mezzo dei due motoscafi-ambulanze esistenti opportunamente dislocati uno a La Maddalena per la zona nord-orientale e l'altro per la zona sud-occidentale a Carloforte.

Per urgenti trasporti veloci ed adeguati al di fuori della Sardegna dovrebbe istituzionalizzarsi l'uso degli aerei del soccorso aereo. In questi casi, per trasporti nell'ambito della Regione, si avverte l'urgenza di far ricorso ad elicotteri, i soli capaci di raggiungere agevolmente anche le zone più impervie in tempi molto limitati.

Per una eventuale pianificazione dell'intervento di elicotteri per il trasporto di feriti dal luogo dell'incidente a quello di cura, si prospetta l'uso di mezzi muniti di installazioni sanitarie interne e d'impianto per l'erogazione di ossigeno.

Detti mezzi potrebbero fare riferimento alle seguenti installazioni militari dotate di eliporto e di posti di rifornimento:

- — Alghero (SS) - Aeroporto di Fertilia;
- — Olbia (SS) - Comando nucleo Elicotteri CC.;
- — Abbasanta (OR) - Distaccamento Elicotteri CC.;
- — Perdasdefogu - (NU) - Poligono interforze «Salto di Quirra»;
- — Cagliari - Aeroporto Elmas;
- — Decimomannu (CA) - Aeroporto Nato.

Pur non essendo muniti di eliporti organizzati, gli Ospedali sardi dispongono, tuttavia, nei loro pressi, di ampi spazi che consentono agevolmente le operazioni di atterraggio e decollo dei velivoli adatti per il trasporto degli infortunati.

E' opportuno tener presente che presso Cagliari-Elmas esiste un sottocentro di soccorso aereo, il cui compito è quello della «ricerca di aerei incidentati su terra e sul mare e che al caso può provvedere al trasporto urgente di ammalati e traumatizzati gravi, mentre ad Abbasanta e ad Olbia esistono rispettivamente un centro elicotteri CC. e P.S. e il comando del nucleo CC..

PROVINCIA DI SASSARI							
UU.SS.LL.	STRUTTURE	Livello del servizio	Dotazione Auto-ambulanze	P.L. Osservaz.	P.L. Rianimaz.	Unità coronarica	NOTE
N. 1	Ospedale Sassari	1° - 2° - 3°	1° - 2° - 3°	18	27	12	Camera iperbarica
N. 2	Ospedale Alghero	1° - 2°	1° - 2°	10	3		Camera iperbarica
	Ospedale Ittiri	1°	2°				
	Ospedale Thiesi	1°	1°				
	Ospedale Bonorva		1°				
N. 3	Ospedale Tempio	1°	1°	5	2		
N. 4	Ospedale Olbia	1° - 2°	1° - 2°	8	3	4	Camera iperbarica
N. 5	Osp. La Maddalena	1°	1°				Camera iperbarica motoscafo - auto-ambulanza
	Ospedale Ozieri	1°	1°	10	3		
	Benetutti-Bono		1°				

PROVINCIA DI NUORO							
UU.SS.LL.	STRUTTURE	Livello del servizio	Dotazione Auto-ambulanze	P.L. Osservaz.	P.L. Rianimaz.	Unità coronarica	NOTE
N. 6	Ospedale Bosa	1°	1°	6			
N. 7	Ospedale Zonchello (NU)	1°	1°				
	Ospedale San Francesco (NU)	1° - 2°	1° - 2°	15	16	4	Camera iperbarica
	Gavoi	Poliamb.	1°				
N. 8	Siniscola	Poliamb.	1°				
N. 9	Ospedale Lanusei	1° - 2°	1° - 2°	8	6		
N. 10	Ospedale Sorgono	1°	1°		2		
N. 11	Ospedale Isili	1°	1°				
	Sadali	Poliamb.	1°				

PROVINCIA DI ORISTANO							
UU.SS.LL.	STRUTTURE	Livello del servizio	Dotazione Auto-ambulanze	P.L. Osservaz.	P.L. Rianimaz.	Unità coronarica	NOTE
N. 12	Ospedale Ghilarza	1°	1°				
N. 13	Ospedale S. Martino (OR)	1° - 2°	1° - 2°	10	4	4	Camera iperbarica

PROVINCIA DI CAGLIARI							
UU.SS.LL.	STRUTTURE	Livello del servizio	Dotazione Auto-ambulanze	P.L. Osservaz.	P.L. Rianimaz.	Unità coronarica	NOTE
N. 15	Osp. S. Gavino	1°	1° - 2°	10	4		
N. 16	Ospedale Iglesias	1° - 2°	1° - 2°	10	7		Camera iperbarica
N. 17	Ospedale Carbonia	1° - 2°	1° - 2°	9	4	4	
	Carloforte	1°	1°				Motoscafo - ambulanza
N. 18	Ospedale Muravera	1° - 2°	1°				
N. 20	Ospedale Binaghi (CA)		1°		6		
	Ospedale Marino (CA)	1° - 2°	1° - 2°		4		Camera iperbarica 30 p. l. Chirurgia d'urgenza
	Ospedale San Giov. di Dio (CA)	1° - 2°	1° - 2°		6	6	
N. 21	Ospedale S. Michele (CA)	1° - 2° - 3°	1° - 2° - 3°	25	9	6	
	Ospedale SS. Trinità (CA)	1° - 2°	1° - 2°		15	6	
	Ospedale Businco (CA)		1°		8		6 p. l. Terapia antalgica

ASSISTENZA SOCIALE E SANITARIA ALLE PERSONE HANDICAPPATE

Gli handicappati presentano esigenze i cui risvolti di natura sanitaria si intrecciano strettamente con quelli di natura sociale, economica, psicologica ed in genere assistenziale.

L'intento di distinguerli come categoria significa che essi vengono considerati tali solo per una omogeneità di classificazione di esigenze, spesso solo temporanea, in modo da poter estrarre dai singoli i bisogni comuni, fermo restando che tutti gli interventi programmati di qualsiasi natura essi siano devono tendere ad integrarli o reintegrarli, al più presto ed il più completamente possibile nella società.

Parlando di handicaps dobbiamo far riferimento a due categorie differenti e cioè agli handicaps dell'età giovanile, di natura congenita, acquisita, (menomazioni fisiche, neuro-motorie, sensoriali, neuropsicologiche, etc. derivati da eventi morbosi o traumatici verificatisi in epoca pre, peri o post-natale), le cui sequele si prolungano per tutto l'arco dell'esistenza ed a quelli che colpiscono soggetti che hanno vissuto una vita normale fino al momento in cui una causa agente in maniera acuta o cronica ha intaccato le loro capacità fisiche e psichiche creando effetti di minorazione globale o parziale, all'inizio spesso transitoria, per diventare in seguito definitiva, se non opportunamente riconosciuta o trattata.

Occorre quindi porre in essere un adeguato sistema preventivo e di identificazione precoce delle anomalie in modo che si possa intervenire al più presto al fine di evitare, o, per quanto possibile, limitare i danni degli handicaps con adeguate azioni di recupero.

Pare quindi più corretto provvedere affinché tutte queste ipotesi siano affrontate nel quadro più appropriato che è quello non dell'isolamento dello specifico, ma del suo giusto collocamento nella fascia di età e/o di attività corrispondente.

L'azione programmatica prende le mosse dalla «Dichiarazione dei diritti degli handicappati», approvata

dall'Assemblea Generale dell'O.N.U. il 9.12.1975, in cui, tra l'altro è precisato che l'handicappato:

— ha diritto al rispetto della sua dignità umana;

— ha gli stessi diritti politici e civili degli altri esseri umani;

— ha diritto a misure destinate a consentirgli l'acquisizione della più ampia autonomia possibile;

— ha diritto all'istruzione ed al riadattamento professionale;

— ha diritto alla sicurezza economica e sociale e ad un livello decente di vita;

— ha diritto di vivere in seno alla propria famiglia o ad un focolare alternativo. Qualora il suo soggiorno in un istituto specializzato risulti indispensabile, l'ambiente e le condizioni di vita debbono rispecchiarvi il più possibile quelle della vita normale delle persone della sua età.

Il Piano ritiene pertanto nell'ambito delle finalità dichiarate all'O.N.U., di porsi i seguenti obiettivi prioritari:

— porre in essere direttamente o indirettamente tutte le iniziative tendenti a garantire agli handicappati le opportune cure, assistenza e formazione affinché, adattatisi fisicamente, psicologicamente e professionalmente, possano avere adeguato inserimento nel corpo sociale, si da poter godere del diritto al lavoro in condizioni di eguaglianza con tutti gli altri cittadini;

— prendere, sollecitare, incoraggiare e sostenere tutte le iniziative, compresi gli studi e le ricerche, finalizzate a facilitare la partecipazione effettiva degli handicappati alla vita;

— prendere, sollecitare, incoraggiare e sostenere tutte le iniziative tendenti ad informare, educare e formare la collettività alla conoscenza dei problemi e dei diritti degli handicappati.

Al fine di rendere più adeguate ed incisive le azioni di cui sopra un «gruppo permanente di lavoro», composto da funzionari dei diversi Assessorati interessati, da Esperti, e da rappresentanti delle Associazioni di settore, avrà il compito di studiare e suggerire le soluzioni più adeguate per i problemi degli handicappati che a esso saranno sottoposti sia dalla pubblica amministrazione sia dai privati, anche per quanto riguarda il problema del coordinamento delle attività. E' auspicabile che a tale gruppo partecipino rappresentanti di quegli uffici statali che hanno competenza per quanto può riguardare gli handicappati (Provveditorati agli Studi, IRRSAE, etc.).

E' in questo quadro che va a collocarsi, per quanto riguarda lo spirito e la sostanza, il progetto finalizzato nelle persone handicappate, inserito nel Piano Sanitario Regionale.

Obiettivi dell'azione programmatica.

L'azione programmatica assume come obiettivi fondamentali:

a) la prevenzione, non solo nella sua dimensione sanitaria ma anche in quella sociale e la diagnosi precoce. Strumento fondamentale per lo sviluppo della prevenzione primaria e secondaria degli handicaps è ritenuta l'educazione sanitaria, intesa come acquisizione delle conoscenze e dei fattori di rischio e come formazione della coscienza sanitaria, che consente a tutta la popolazione un'attiva e diretta partecipazione alla risoluzione dei problemi inerenti la difesa dello stato di salute.

Particolare rilevanza nell'attività di prevenzione devono assumere gli interventi riguardanti:
— la procreazione libera e responsabile;
— il controllo della gestazione e del parto;
— il controllo della fase perinatale (dalle ultime due settimane di gravidanza, al parto, alla prima settimana di vita).

A questi interventi si devono collegare strettamente quelli di diagnosi precoce per le varie cause di handicaps di natura genetica, cromosomica, metabolica, nonché quelli di diagnosi precoce delle lesioni neurologiche.

Supporto essenziale per l'insieme delle attività di prevenzione é l'osservazione epidemiologica, che fornisce lo strumento scientifico per la conoscenza delle cause e delle varie tipologie di handicaps e consente di prevedere ed attuare il necessario collegamento tra bisogni e servizi.

Gli interventi da realizzare nell'area della prevenzione sono stati individuati nel Progetto-Obiettivo per la tutela materno-infantile, cui si fa riferimento;

b) la cura e la riabilitazione, che rappresentano l'intervento centrale per l'assistenza agli handicappati. I servizi riguardanti questa attività assumeranno il livello delle Unità Sanitarie Locali come quello fondamentale anche ai fini dell'organizzazione dell'attività dei distretti di base.

Solo la complessità tecnico-professionale di certi interventi potrà giustificare la loro organizzazione ed

il loro funzionamento per ambiti territoriali più ampi di quelli delle Unità Sanitarie Locali;

c) la formazione professionale e l'aggiornamento continuo degli operatori nell'ambito delle strutture operative (con la collaborazione delle Università e dei Presidi Ospedalieri e di altri idonei presidi nell'ambito del servizio Sanitario Nazionale) mediante l'approntamento di programmi specifici, coordinati ai diversi livelli .

d) la socializzazione — attraverso la scuola, il lavoro, i servizi sociali — come approdo obbligato del complesso degli interventi. Il raggiungimento di questo obiettivo richiede il superamento dell'isolamento e della specializzazione settoriale della competenza per perseguire l'integrazione dell'intervento nella nuova dimensione di servizi globali. Nella linea dell'integrazione sociale devono trovare spazio ed essere agevolate dalle istituzioni le esperienze e i servizi alternativi, quali le comunità alloggio, la microcomunità, la famiglia appoggio ed i centri di assistenza aperta.

Questi interventi assumono particolare importanza nei confronti degli handicappati più gravi e devono attuarsi con il pieno coinvolgimento della comunità.

Il raggiungimento di questi obiettivi, escluso quello della prevenzione, per il quale si è rinviato al progetto obiettivo materno-infantile, comporta la necessità conseguente:

— di organizzare a livello locale un'opera di interventi coordinati di prevenzione secondaria (riconoscimento precoce delle condizioni di handicaps per prevenire la manifestazione ed il consolidamento di patologie invalidanti e per recuperare in modo precoce i soggetti colpiti) e di quella terziaria (iniziative che concorrono ad evitare la ricaduta ed a recuperare il soggetto con l'apprendimento di funzioni perdute o addirittura mai acquisite);

— di portare l'handicappato a fruire nel modo più completo dei diritti fin qui di fatto riservati agli altri cittadini;

— di dare all'handicappato la possibilità di vivere nella propria famiglia d'origine una vita meno diversa possibile da quella normalmente vissuta dagli altri componenti o di costituire a sua volta un suo nucleo familiare autonomo o di dar vita ad aggregazioni di tipo familiare e in ogni caso di partecipare alle varie espressioni della vita collettiva della comunità in cui è innestato, normalmente evitando l'allontanamento da questa per periodi più brevi possibili in occasione di interventi indispensabili.

Ovviamente il pieno raggiungimento di questi obiettivi richiede che la società garantisca anche all'handicappato i mezzi per attuare il suo diritto alla sicurezza economica, ad un tenore di vita dignitoso, ad una tutela e protezione della sua persona.

Strumenti dell'azione programmatica.

Gli strumenti per raggiungere gli obiettivi sopra riportati devono trovare spazio nei servizi delle Unità Sanitarie Locali.

La struttura ottimale in cui inserire i servizi per gli handicappati è costituita dal «Centro socio-sanitario», a cui dovrebbero far capo tutti gli interventi dei servizi di distretto, sociali e sanitari, erogati dall'equipe socio-sanitaria.

In tale Centro dovrebbe svilupparsi al massimo la possibilità di impiantare una vita associata di gruppo, in cui animatori sociali integrano tra loro soggetti di differente età, sesso, grado di validità fisica e psichica, livello intellettuale etc. nello spontaneo associarsi in gruppi formatisi nel comune interesse verso particolari attività culturali, artistiche o manuali, anche laddove possibile ai fini produttivi.

Se il Centro socio-sanitario può rivestire una importante funzione di crescita civile, culturale ed umana dell'handicappato, utilizzando ed impiegando il suo tempo libero in attività di ricupero sanitario e di mantenimento e sviluppo dell'attività fisica e psichica, l'organizzazione territoriale dei servizi dovrà estendersi ad ampio ventaglio, articolandosi in:

— servizi consultoriali;

— servizi integrati per minori;

— servizi di cura e riabilitazione specifica per handicappati nel quadro di quanto previsto dalla Legge Regionale 9 febbraio 1976, n. 6, tutt'ora in vigore;

— servizi riabilitativi;

— assistenza delle famiglie.

Esaminando in particolare ciascuno di tali punti si può osservare:

— Servizi consultoriali. Si fa riferimento al servizio espletato dal Consultorio familiare istituito con la Legge n. 405 del 29.7.1975. Pertanto esso deve consistere nell'aggregare tutti i servizi del territorio possibilmente nell'ambito del distretto, concernenti le tematiche familiari in campo sessuale, coniugale e minorile, onde soddisfare i bisogni d'ordine sanitario psico-pedagogico, demografico, socio-assistenziale e di consulenza legale, che emergono dai succitati

campi, sia a livello individuale che a quello di coppia e di società.

Il Consultorio deve essere strutturato:

— per le attività consultoriali pre-matrimoniali, nonché poliambulatoriali, in funzione precipua della promozione della salute, della prevenzione delle malattie e della tutela dell'igiene nel periodo del concepimento nel corso della gravidanza, nella preparazione al parto e nell'assistenza post-natale alla madre ed al figlio, mirando, tra l'altro, ad identificare precocemente ed a correggere prontamente sia gli eventuali fattori di rischio anamnestico ed attuale materni e fetali, sia le condizioni di predisposizione morbigena della madre e del figlio;

— per l'attività clinico-diagnostica e assistenza di natura ambulatoriale ed extra-ambulatoriale in favore del bambino nel periodo prenatale e nella prima infanzia con specifico riferimento agli interventi di promozione della salute fisica e psichica, di prevenzione di situazioni morbose e di diagnosi precoce di difetti congeniti o acquisiti di natura autonomo-funzionale o biochimica e di condizioni morbose acquisite.

— I servizi integrativi per i minori debbono essere finalizzati ad attuare la integrazione ed il coordinamento degli interventi diretti all'infanzia e all'adolescenza, muovendosi più in particolare su due linee, e cioè:

— prevenzione secondaria per ovviare alla genesi di patologie mentali e disadattive e per il recupero degli handicaps;

— prevenzione dei processi emarginanti, avviando iniziative opportunamente programmate in modo che il soggetto interessato venga preparato al correlativo intervento e che nel frattempo sia psicologicamente sensibilizzato anche l'ambiente prescelto. Questa attività potrà a sua volta snodarsi attraverso:

a) la socializzazione precoce del bambino (asili nido, scuole materne);

b) adeguati e tempestivi interventi terapeutici e riabilitativi;

c) l'inserimento scolastico dopo aver potenziato le capacità della scuola sia per l'accoglimento degli handicappati da integrare tra i compagni di classe, sia anche per ogni intervento extrascolastico;

d) la stretta collaborazione con la famiglia e le strutture pedagogiche normali, perseguendo da una parte l'approccio multidisciplinare e dall'altra parte l'affidamento delle competenze specifiche delle rispettive professionalità;

e) l'avviamento professionale, con i servizi specifici e speciali per il conseguente inserimento lavorativo e sociale: ciò soltanto dopo che si sarà scartata la possibilità di accesso alle strutture di istruzione secondaria, professionali e non.

— I servizi di riabilitazione specifica per handicappati motori, per subvedenti e per audiolesi presuppongono acquisita, o comunque ad uno stato di maturazione avanzata, la struttura organizzativa e funzionale testé delineata.

Un discorso a parte merita la riabilitazione in generale. Al riguardo è sufficiente precisare che, in armonia con la richiamata Legge Regionale n. 6 del 1976, continuano ad operare le Unità di riabilitazione previste dagli artt. 1 e 5. Il disegno innovatore dovrà tuttavia puntare sulla integrazione dei servizi.

E' anzi senz'altro consigliabile seguire l'handicappato per fasce di età in modo da poter predisporre interventi sempre più adeguati. Le fasce di età possono essere così individuate:

0-3 anni: punto di riferimento è l'asilo nido più vicino; il processo di sviluppo del bambino è periodicamente controllato dagli operatori collegialmente con gli educatori, gli assistenti sociali ed il pediatra. Solo in casi eccezionali l'asilo nido può essere sostituito con forme di sostegno di assistenza domiciliare e di consulenza psicopedagogica.

3-6 anni: è il periodo dell'inserimento dell'infanzia nella scuola. Occorre tuttavia integrare il corpo degli insegnanti e del personale docente sulla base delle esigenze motivate da parte degli operatori: tutte le iniziative debbono interessare anche le scuole private potendo queste essere scelte liberamente dalla famiglia;

7/8-14 anni: è il periodo della scuola dell'obbligo. Il soggetto handicappato dovrà essere inserito preferibilmente nella scoula statale che, all'uopo, si avvarrà dell'intervento e della consulenza dei servizi integrati per i minori. E' essenziale che ciascuna scuola predisponga una programmazione pedagogica che tenga conto anche dei bisogni degli handicappati. Gli stessi servizi dovranno essere garantiti anche nelle scuole private.

15-18 anni ed oltre: questa fascia di età dovrebbe essere seguita in due direzioni: quella strettamente assisten-

ziale per quei soggetti che non possono essere avviati al lavoro e quella della formazione professionale e dell'avvio al lavoro per i rimanenti soggetti.

— Servizi riabilitativi. L'area di applicazione dei servizi riabilitativi interessa, indipendentemente dall'età, tutti i soggetti bisognosi di cure e interventi più direttamente finalizzati al loro inserimento, che può essere assicurato attraverso prestazioni:

— assegnazione privilegiata di alloggi;

— agevolazioni per abbonamenti telefonici, uso dei trasporti pubblici, accesso ai luoghi di ricreazione, ai musei e biblioteche;

— superamento delle barriere architettoniche;

— realizzazione degli opportuni adeguamenti per rendere agibili i mezzi di trasporto pubblico;

— interrelazione tra i servizi di riabilitazione e le strutture ospedaliere rifuggendo da ipotesi di possibile ospedalizzazione del servizio;

— corsi di rieducazione professionale per lavoratori divenuti invalidi al lavoro;

— corsi di qualificazione professionale per handicappati ed emarginati sociali.

I corsi di rieducazione e qualificazione professionale si dovranno svolgere presso speciali centri di formazione ivi compresi i Centri di Riabilitazione per Handicappati, dotati quindi delle attrezzature adeguate e del personale opportunamente preparato, da reclutare per quanto possibile anche tra gli stessi handicappati che posseggono la preparazione adeguata.

Assistenza alla famiglia. Con tale forma di assistenza si intende il complesso di interventi finalizzati ad assicurare alle famiglie interessate il necessario sostegno di carattere finanziario, collaborativo, assistenziale presso apposite strutture e più precisamente:

a) finanziario, allorché sussistano condizioni particolari di bisogno;

b) collaborativo, allorché la famiglia necessiti per l'assistenza domiciliare di personale qualificato;

c) assistenziale, allorché si imponga la necessità di un inserimento temporaneo in strutture ad internato.

Quest'ultimo intervento si palesa particolarmente ricorrente nel periodo estivo, quando cioé è più frequente l'abbandono dell'handicappato da parte della collettività o comunque ogni qual volta la stessa famiglia si trovi temporaneamente impedita a far fronte alle esigenze dell'handicappato.

ATTIVITA' CONSULTORIALE

La Regione Sardegna ha dato attuazione alla Legge Nazionale n. 405/1975 con la L.R. n. 8/1979 istitutiva dei consultori familiari come servizi delle UU.SS.LL.

La Giunta Regionale con delibera n. 48/125 del 20.12. 1979, ha approvato e reso esecutivo il primo programma di attuazione della L.R. citata, e con successiva delibera n. 11/89 del 3.3.1983 ha predisposto il II° programma che prevede la costituzione di n. 89 consultori pubblici e n. 6 consultori privati, così distribuiti sul territorio:

Province	Pubblici	Privati
SASSARI	22	1
NUORO	18	2
ORISTANO	12	1
CAGLIARI	37	2
TOTALE	89	6

Con tali provvedimenti, ed in particolare con la delibera del 3.3.1983, approvata dal Consiglio regionale nella seduta del 28.3.84, sono stati definiti:

1) la localizzazione dei consultori familiari;

2) la definizione degli standard minimi di prestazioni del servizio consultoriale pubblico e l'orario di servizio di ciascun operatore;

3) la capacità, per ciascun consultorio di perseguire le finalità di cui all'art. 2 della L.R. n. 8/79;

4) le dotazioni minime di ambiente e le attrezzature minime idonee;

5) criteri e misure di ripartizione dei finanziamenti.

1) *Localizzazione dei consultori familiari.*

— Assegnazione di servizi consultoriali a ciascuna delle 22 Unità Sanitarie Locali, come servizi di base o di 1° livello, assumendone il riferimento territoriale e di strutture sanitarie;

— assunzione del parametro tra un minimo di 10 mila ed un massimo di 30 mila abitanti;

— ubicazione più baricentrica delle sedi prescelte rispetto agli altri centri, che costituiscono con essa l'articolazione territoriale del servizio;

— indicazioni, nella prospettiva dei distretti sanitari, delle UU.SS.LL. circa il numero e la localizzazione dei servizi consultoriali;

— localizzazione di servizi consultoriali al limite, o sotto, del parametro minimo dei 10 mila utenti, in caso

di località decentrate, disagiate ed isolate, come occasione di stimolazione e di promozione sociale e salvo il diritto più elementare di salute in genere.

Si elencano di seguito i consultori familiari pubblici e privati delle 22 UU.SS.LL..

CONSULTORI PUBBLICI

— U.S.L. N. 1:

Vengono istituiti n. 8 consultori familiari.

1 - Sassari: comprende le circoscrizioni n. 1 - 2 - 3.
2 - Sassari: comprende le circoscrizioni n. 4 - 5.
3 - Sassari: comprende le circoscrizioni n. 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 ed i comuni di Osilo, Usini.
4 - Portotorres.
5 - Castelsardo: comprende: Castelsardo, Valledoria, Sedini, Bulzi.
6 - Ploaghe-Ossi: comprende: Ploaghe, Florinas, Cargeghe, Muros, Codrongianus, Tissi.
7 - Sorso: comprende: Sorso e Sennori.
8 - Nulvi: comprende: Nulvi, Martis, Laerru, Chiaramonti, Tergu.

— U.S.L. N. 2:

Vengono istituiti n. 4 consultori familiari.

1 - Alghero: comprende: Alghero, Olmedo, Villanova Monteleone, Putifigari.
2 - Ittiri: comprende: Ittiri, Romana, Monteleone Roccadoria, Uri.
3 - Bonorva: comprende: Bonorva, Giave, Pozzomaggiore, Mara, Semestene, Cossoine, Padria.
4 - Thiesi: comprende: Thiesi, Banari, Bonnanaro, Siligo, Torralba, Borutta, Cheremule, Bessude.

— U.S.L. N. 3:

Vengono istituiti n. 2 consultori familiari.

1 - Tempio Pausania: comprende: Tempio, Aggius, Bortigiadas, Calangianus, Aglientu, Luogosanto, Luras.
2 - Perfugas: comprende: Perfugas, Trinità d'Agultu e Vignola, Badesi, Viddalba.

— U.S.L. N. 4:

Vengono istituiti n. 5 consultori familiari.

1 - Olbia.
2 - Olbia: comprende: Olbia, Monti, Padru, Telti, Golfo Aranci, Loiri Porto S. Paolo,Barchideddu, San Pantaleo.
3 - Arzachena: comprende: Arzachena, Palau, Sant'Antonio di Gallura.
4 - S. Teresa di Gallura.
5 - La Maddalena.

— U.S.L. N. 5:

Vengono istituiti n. 3 consultori familiari.

1 - Ozieri: comprende: Ozieri, Nughedu S. Nicolò, Pattada, Mores, Ittireddu, Ardara, Oschiri, Berchidda, Tula.
2 - Bono: comprende: Bono, Anela, Bultei, Burgos, Bottida, Esporlatu, Benetutti, Nule, Illorai.
3 - Buddusò: comprende i comuni di: Buddusò, Alà dei Sardi.

— U.S.L. n. 6:

Vengono istituiti n. 2 consultori familiari.

1 - Bosa: comprende: Modolo, Magomadas, Suni, Tinnura, Flussio, Sagama, Montresta.
2 - Macomer: comprende: Macomer, Bolotana, Lei, Silanos, Bortigali, Birori, Noragugume, Dualchi, Borore, Sindia.

— U.S.L. N. 7:

Vengono istituiti n. 5 consultori familiari.

1 - Nuoro: comprende: Nuoro, Orotelli, Oniferi, Oliena.
2 - Bitti: comprende: Bitti, Orune, Onanì, Osidda, Lula.
3 - Gavoi: comprende: Gavoi, Ottana, Orani, Sarule, Olzai, Ollolai, Fonni.
4 - Orgosolo: comprende i comuni di: Orgosolo, Mamoiada.
5 - Dorgali.

— U.S.L. N. 8:

Vengono istituiti n. 2 consultori familiari.

1 - Siniscola: comprende: Siniscola, Budoni, Posada, Torpé, Lodé, San Teodoro.
2 - Orosei: comprende: Orosei, Galtellì, Irgoli, Loculi, Onifai.

— U.S.L. N. 9:

Vengono istituiti n. 3 consultori familiari.

1 - Tortolì: comprende: Tortolì, Baunei, Urzulei, Talana, Lotzorai, Triei, Villagrande Strisaili.
2 - Lanusei: comprende: Lanusei, Arzana, Elini, Ilbono, Lòceri, Girasole, Barisardo.
3 - Ierzu: comprende: Ierzu, Seui, Ussassai, Gairo, Ulassai, Osini, Perdasdefogu, Tertenia.

— U.S.L. n. 10:

Vengono istituiti n. 2 consultori familiari.

1 - Sorgono: comprende: Sorgono, Austis, Meana Sardo, Atzara, Teti, Tiana, Ovodda, Ortueri.
2 - Desulo: comprende: Desulo, Tonara, Aritzo, Belvì, Gadoni.

— U.S.L. n. 11:

Vengono istituiti n. 4 consultori familiari.

1 - Isili: comprende: Isili, Serri, Gergei, Escolca, Villanovatulo.
2 - Laconi: comprende: Laconi, Nurallao, Nuragus, Genoni.
3 - Orroli: comprende: Orroli, Nurri, Escalaplano.
4 - Sadali: comprende: Sadali, Seulo, Esterzili.

— U.S.L. n. 12:

Vengono istituiti n. 4 consultori familiari.

1 - Cuglieri: comprende: Cuglieri, Tresnuraghes, Sennariolo, Scano Montiferro.
2 - Santulussurgiu: comprende: Santulussurgiu, Bonarcado, Seneghe.
3 - Ghilarza: comprende: Ghilarza, Abbasanta, Paulilatino, Boroneddu, Norbello, Nughedu, S. Vittoria, Sorradile, Aidomaggiore, Sedilo, Tadasuni, Soddì Bidonì.
4 - Busachi: comprende: Busachi, Ula Triso, Neoneli, Ardauli, Fordongianus.

— U.S.L. n. 13:

Vengono istituiti n. 6 consultori familiari.

1 - Cabras: comprende: Cabras, Nurachi.
2 - Terralba: comprende: Terralba, Arborea, Marrubiu, Uras, San Nicolò Arcidano.
3 - Oristano: comprende: Oristano, Santa Giusta.
4 - San Vero Milis: comprende: San Vero Milis, Milis, Zeddiani, Bauladu, Narbolia, Tramatza, Baratili S. Pietro, Riola Sardo.
5 - Simaxis: comprende: Simaxis, Ollastra Simaxis, Siamanna, Siapiccia, Palmas Arborea, Villaurbana, Siamaggiore, Solarussa, Villanova Truschedu, Zerfaliu.
6 - Samugheo: comprende: Samugheo, Allai.

— U.S.L. n. 14:

Vengono istituiti n. 2 consultori familiari.

1 - Ales: comprende: Ales, Albagiara, Assolo, Asuni, Curcuris, Gonnosnò, Mogorella, Morgongiori, Nureci, Pau, Ruinas, S. Antonio Ruinas, Senis, Sini, Usellus, Villaverde.
2 - Mogoro: comprende: Mogoro, Baradili, Baressa, Gonnoscodina, Pompu, Siris, Gonnostramatza, Simala, Masullas.

— U.S.L. n. 15:

Vengono istituiti n. 3 consultori familiari.

1 - S. Gavino Monreale: comprende: San Gavino Monreale, Sardara, Pabillonis.
2 - Villacidro: comprende: Villacidro, Gonnosfanadiga, Vallermosa.
3 - Guspini: comprende: Guspini, Arbus.

— U.S.L. n. 16:

Vengono istituiti n. 3 consultori familiari.

1 - Iglesias: comprende: Iglesias, Fluminimaggiore, Buggerru.
2 - Gonnesa:
3 - Domusnovas: comprende: Domusnovas, Musei, Siliqua, Villamassargia.

— U.S.L. n. 17:

Vengono istituiti n. 6 consultori familiari.

1 - Carbonia: comprende: Carbonia, Perdaxius.
2 - Carloforte:
3 - S. Antioco: comprende: Sant'Antioco, San Giovanni Suergiu, Calasetta.
4 - Giba: comprende: Giba, Masainas, Tratalias, Santadi, Villaperuccio, Narcao, Nuxis.
5 - Portoscuso:
6 - Teulada: comprende: Teulada, Sant'Anna Arresi.

— U.S.L. n. 18:

Vengono istituiti n. 3 consultori familiari.

1 - S. Nicolò Gerrei: comprende: S. Nicolò Gerrei, Villasalto, Armungia, Ballao, Silius, Goni.
2 - Muravera: comprende: Muravera, Villaputzu, S. Vito.
3 - Senorbì: comprende: Senorbì, Mandas, Guasila, Guamaggiore, Selegas, Ortacesus, Suelli, Barrali, Pimentel, Siurgus Donigala, S. Basilio, Gesico, S. Andrea Frius.

— U.S.L. n. 19:

Vengono istituiti n 5 consultori familiari.

1 - Samassi: comprende i comuni di: Samassi, Serrenti.
2 - Serramanna: comprende i comuni di: Serramanna, Nuraminis, Samatzai.
3 - Villasor
4 - Villamar: comprende i comuni di: Villamar, Gesturi, Barumini, Las Plassas, Villanovafranca.
5 - Sanluri: comprende i comuni di: Sanluri, Furtei, Segariu.
6 - Lunamatrona: comprende i comuni di: Lunamatrona, Tuili, Setzu, Genuri, Turri, Pauli Arbarei, Collinas, Villanovaforru, Siddi, Ussaramanna.

— U.S.L. n. 20:

Vengono istitutiti n. 7 consultori familiari.

1 - Assemini: comprende i comuni di: Assemini ed Elmas (circoscrizione di Cagliari).
2 - Decimomannu: comprende i comuni di: Decimomannu, San Sperate, Decimoputzu, Villaspeciosa, Uta.
3 - Sarroch: comprende i comuni di: Sarroch, Domus de Maria, Pula, Villa S. Pietro.
4 - Capoterra:

5 - Cagliari: comprende le circoscrizioni n. 1 e 4.
6 - Cagliari: comprende le circoscrizioni n. 7 e 8.
7 - Cagliari: comprende le circoscrizioni n. 9 e 10.

— U.S.L. n. 21:
Vengono istituiti n. 5 consultori familiari.
1 - Cagliari: comprende le circoscrizioni n. 2 e 3.
2 - Cagliari: comprende le circoscrizioni n. 5 e 6.
3 - Monserrato: comprende le circoscrizioni di Monserrato e Pirri.
4 - Selargius: comprende i comuni di: Selargius, Quartucciu, Settimo S. Pietro.
5 - Sestu: comprende i comuni di: Sestu, Monastir, Ussana.

— U.S.L. n. 22:
Vengono istituiti n. 4 consultori familiari.
1 - Quartu S. Elena:
2 - Dolianova: comprende i comuni di: Dolianova, Serdiana, Donori, Soleminis.
3 - Sinnai: comprende i comuni di: Sinnai, Maracalagonis, Burcei.
4 - Villasimius.

CONSULTORI PRIVATI

— U.S.L. n. 1
Sassari - Piazza S. Agostino 3: Centro di preparazione alla Famiglia.

— U.S.L. n. 7
Nuoro - Via Campania 9: Centro famiglia.

— U.S.L. n. 9
Lanusei - Via Umberto: Consultorio familiare Ogliastra.

— U.S.L. n. 13
Oristano - Via Eleonora 4: Consultorio familiare Diocesano.

— U.S.L. n. 20
Cagliari - Via S. Lucifero 87: Consultorio familiare Arcidiocesi di Cagliari.
Cagliari - Viale Diaz 105: Consultorio familiare AIED.

2) *La definizione degli standards minimi di prestazione del servizio consultoriale pubblico e l'orario di servizio di ciascun operatore:*

— assicurare, a livello distrettuale, la presenza e le prestazioni di tutte le figure professionali previste dall'art. 4 della L.R. n. 8/79, per garantire la erogazione del servizio sociale, della ginecologia ed ostetricia, della pediatria, e di quello psicologico. Pertanto deve essere permessa la presenza, nella stessa struttura distrettuale di tutti i servizi di base e quella contemporanea di tutti gli operatori: assistente sociale, psicologo, medico specialista in ostetricia e ginecologia, medico specialista in pediatria, ostetrica, assistente sanitaria visitatrice;

— favorire uno stretto collegamento con il medico di base;

— favorire e regolare collegamenti con altre strutture sanitarie, poliambulatoriali ed ospedaliere di 2° e 3° livello dell'U.S.L. competente o di UU.SS.LL. viciniori o Universitarie, attivando eventualmente, secondo quanto consentito, per tutte quelle prestazioni specialistiche che non possono essere garantite dagli operatori del servizio consultoriale e di quello sanitario di base apposite convenzioni;

— favorire la presenza di altri operatori ,ad integrazione della «equipe» standard (come pedagogista, sociologo, avvocato esperto in diritto di famiglia ecc....).

Fermo restando che il servizio del Consultorio Familiare dovrà essere espletato a tempo pieno, la U.S.L. potrà, tenendo conto delle esigenze più diffuse degli utenti, stabilire l'articolazione dell'orario, favorendo al contempo la massima facilitazione nell'accesso degli utenti, la rotazione e la compresenza degli operatori che possono così passare attraverso vari momenti e livelli d'intervento. Al fine, poi, di riportare entro i limiti di necessità «gli interventi di medicalizzazione», all'interno della U.S.L. potranno promuovervi iniziative seminariali e promozionali su particolari problemi ed obiettivi, che vedano la presenza e la partecipazione delle componenti sociali, di associazioni, di organi collegiali della scuola e *quella, attiva, istituzionalmente regolata ed inserita nell'orario di servizio, degli operatori consultoriali.*

Sulla base degli elementi sopracitati è opportuno adottare, per l'attività delle diverse figure professionali, i seguenti standars:

Figure Professionali	h. settimanali × 10000 abit.	h. settimanali × 10-20000 abit.	h. settimanali × oltre 20000 ab.
Ginecologo	12 - 18	18 - 24	24 - 30
Pediatra	6 - 9	9 - 18	18 - 30
Psicologo	12 - 18	18 - 24	24 - 30
Assistente Sociale	12 - 18	18 - 24	24 - 36
Ostetrica	12 - 18	18 - 24	24 - 36
Assistente Sanitaria	6 - 9	9 - 18	18 - 36
Altre Figure			

Per quanto attiene in particolare del pediatra, poiché dal 1972 esistono 2 specializzazioni in pediatria (pediatria e pediatria preventiva), con il termine «pediatra» deve intendersi l'uno o l'altro specialista, sebbene per il tipo di attività è da preferirsi uno specialista in pediatria preventiva.

3) *La capacità, per ciascun consultorio, di perseguire le finalità di cui all'art. 2 della L.R. n. 8/79 in ordine alla problematica minorile e alla preparazione alla paternità e maternità responsabili, alla divulgazione delle informazioni idonee a provuovere ovvero a prevenire la gravidanza, consigliando o somministrando i mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte per una procreazione responsabile....*

— l'esigenza di inserire i Consultori Familiari nei servizi per le attività sanitarie di base e d'intègrarli con i servizi specialistici ospedalieri, ed extraospedalieri purché essi siano contestualmente e funzionalmente collegati ai servizi sociali ed alle associazioni di volontariato operanti nello stesso bacino di utenza;

— l'esigenza di assicurare interventi relativi ai problemi preconcezionali di gravidanza, perinatali ed infantili, stabilendo livelli, priorità e competenze per tutte le UU.SS.LL. e per ciascuna di loro, al fine di evitare sovrapposizioni e settorializzazioni;

— la possibilità di prevedere metodologie e strumenti informativi per la conoscenza sui fattori di rischio per la salute riproduttiva, ed attuare la prevenzione di malformazioni congenite non genetiche, promuovendo la diffusione della vaccinazione antirubeolica in tutti i soggetti di sesso femminile in età prepubere;

— l'attività d'informazione e di educazione sui problemi della sessualità e della procreazione responsabile, di consulenza per i problemi del singolo e della coppia, di adeguata illustrazione delle metodiche e tecniche contraccettive, al fine di consentire una responsabile libertà di scelta nella loro utilizzazione;

— la possibilità di organizzare corsi di preparazione fisica e psicofisica alla gravidanza, al parto ed al puerperio;

— la possibilità di provvedere direttamente alla prescrizione ed all'applicazione dei metodi contraccettivi prescelti, predisponendo gli opportuni controlli immediati e successivi e con riferimento agli aspetti psico-sessuali legati alla contraccezione;

— la doverosa attuazione dell'informazione e della certificazione per l'interruzione volontaria di gravidanza ai sensi dell'art. 5 della legge 22 maggio 1978, n. 194; nonché l'ulteriore opera d'informazione e di prevenzione in favore della donna che abbia interrotto la gravidanza, tenendo conto delle motivazioni dell'interruzione stessa;

— la informazione e l'assistenza psico-sociale per i problemi del climaterio femminile, di riabilitazione della donna sottoposta ad interventi sulla sfera riproduttivo-sessuale; ed ancora per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori femminili, con particolare riferimento alle metodologie di screening con pap-test e dell'auto esame del seno;

— la possibilità, infine, di predisporre specifici programmi per l'effettuazione dello screening di patologie congenite e neonatali, da coordinare con l'iniziativa delle UU.SS.LL. e della Regione.

4) *Le dotazioni minime di ambiente e le attrezzature tecniche idonee:*

— devono costituire uno strumento operativo in grado di:

a) assolvere i compiti istituzionali, attribuiti ad un servizio di base dal servizio sanitario nazionale;

b) favorire la confluenza, nel servizio consultoriale, dei vari operatori, prima collocati su piani diversi e scoordinati, e delle loro funzioni, per garantire la unitarietà e globalità dei loro interventi;

c) concorrere al riordino ed all'integrazione del settore dei servizi socio-assistenziali, anche ai sensi dell'art. 1 della L. R. n. 8/79, dell'art. 2 della L. R. n. 13/81 e dell'art. 18, 3° comma del D.P.R. 348/79;

— devono essere in grado di potere ospitare attività e figure professionali integrative con quelle previste dalla L.R. n. 8/79, al fine di costituire rapporti e collegamenti con altri servizi territoriali come quello d'igiene mentale (in particolare per i soggetti fino ai 14/15 anni), quello per gli anziani, per la riabilitazione, per la medicina scolastica.

Con tali premesse, si ritiene di potere indicare le superfici su cui i servizi consultoriali debbono articolarsi, rispettivamente:

— in mq. da 120 a 150: per un bacino di utenza fino a 10.000 abitanti circa;

— in mq. da 150 a 200: per un bacino d'utenza fino a 20.000 abitanti circa;

— in mq. da 200 a 250: per un bacino di utenza fino a 30.000 abitanti e oltre.

Dovranno comunque, come standard minimo, salvo una migliore articolazione richiesta dalle esigenze e com-

patibile con le risorse, essere predisposti i seguenti ambienti:

— 1 Ingresso;

— 1 Sala d'attesa;

— 1 Servizi igienici per gli operatori;

— 1 Servizi igienici per gli utenti;

— 1 Disimpegno;

— 1 Ambiente per referti e materiali per prelievi;

— 1 Ambulatorio ostetrico-ginecologico;

— 1 Ambulatorio pediatrico;

— 1 Studio per l'assistente sociale;

— 1 Studio per consultazioni;

— 1 Sala per le riunioni d'équipe e riunioni varie.

Per quanto concerne le attrezzature tecniche idonee, è agevole fare riferimento agli arredi necessari per i singoli ambienti, più sopra previsti, ed agli strumenti occorrenti per l'attività professionale dei singoli operatori.

Si riporta qui di seguito l'ammontare delle somme disponibili per l'attivazione dei Consultori in tutto il territorio della Regione ed i criteri per la ripartizione dei finanizamenti alle singole Unità sanitarie locali, già approvati dal Consiglio regionale nella già citata seduta del 28 marzo 1984 con il secondo programma regionale d'istituzione e finanziamento dei servizi consultoriali per l'anno 1983.

DESTINAZIONE DELLE SOMME DISPONIBILI
(art. 12, 4° comma L.R. n. 8/79)

DISPONIBILITA' REGIONALE: 14.603.454.752 al 31 dicembre 1983.

1) Attività di tipo A - istituzione e gestione dei servizi dei Consultori Familiari, ed educazione sanitaria della popolazione.

   — al 31.12.1983: L. 13.143.109.276 - pari al 90% dell'intera somma disponibile a tutto il 1983.

   — Previsione per il biennio 1983/85: L. 13.500.000.000 - pari al 90% dell'intera somma prevista come disponibile nel biennio 1984/85.
   Suddette somme (sub «1») sono da destinare alla istituzione e la gestione dei Consultori Familiari e per l'educazione sanitaria della popolazione (art. 12 L.R. 8.3.1979, n. 8).

2) Attività di tipo B - Iniziative concernenti la qualificazione e l'aggiornamento del personale.

   — Al 31.12.1983: L. 1.460.345.475 - pari al 10% dell'intera somma disponibile a tutto il 1983.

   — Previsione per il biennio 1984/85: L. 1.500.000.000 - pari al 10% dell'intera somma prevista come disponibile nel biennio 1984/85.
   Suddette somme (sub «B») sono da destinare in modo vincolato, al finanziamento delle iniziative concernenti la qualificazione e l'aggiornamento del personale (art. 12 L.R. 8.3.1979, n. 8).

RIPARTIZIONE DELLE SOMME DISPONIBILI
(art. 11, comma 4° integrato con l'art. 12, 4° comma L.R. n. 8/79)

1) Attività di tipo «A»

   1° - al 31.12.1983 L. 12.485.953.710 - pari al 95% di L. 13.143.109.276.

   2° - Previsione per il biennio 1984/85 - L. 12.825.000.000 pari al 95% di L. 13.500.000.000.

   Suddette somme (sub «A» 1° e 2°) sono da attribuire alle UU.SS.LL. per l'istituzione e la gestione dei Consultori Familiari pubblici di cui all'art. 1 della L.R. n. 8/79, e per l'educazione sanitaria della popolazione, ai sensi dell'art. 12 L.R. n. 8/79.

   3° - Al 31.12.1983: L. 657.155.430 - pari al 5% di L. 13.143.109.276.

   4° - Previsione per il biennio 1984/85: L. 675.000.000 pari al 5% di L. 13.500.000.000.

Suddette somme (sub. «A» 3° e 4°) sono da attribuire come contributi alle Istituzioni ed enti pubblici e privati per la istituzione e gestione dei Consultori Familiari, nonché per l'educazione sanitaria.

Con il presente Programma la Regione, pur tenendo conto che può concedere (ai sensi del 4° comma, art. 11 della L.R. n. 8/79), senza alcun onere a suo carico, alle Istituzioni ed enti predetti contributi fino alla misura massima complessiva del 20% del finanziamento assegnato dallo Stato, ha deciso di accantonare, per una eventuale loro destinazione solo il 5% delle somme.

Ciò perché ci sono state modeste richieste da parte degli enti ed Istituzioni medesimi, e per la necessità di destinare alle UU.SS.LL. le maggiori quote possibili.

2) Attività di tipo «B»

1° - Al 31.12.1983: L. 1.387.328.190 - pari al 95% di L. 1.460.345.375.

2° - Previsione per il biennio 1984/85: L. 1.425.000.000 pari al 95% di L. 1.500.000.000.

Suddette somme (sub «B» 1° e 2°) sono da attribuire alle UU.SS.LL. per il finanziamento delle iniziative concernenti la qualificazione e l'aggiornamento del personale dei Consultori Familiari pubblici di cui all'art. 1 della L.R. n. 8/79.

3° - Al 31.12.1983: L. 73.017.270 - pari al 5% di Lire 1.460.345.475.

4° - Previsione per il biennio 1984/85: L. 75.000.000 - pari al 5% di L. 1.500.000.000.

Suddette somme (sub «B» 3° e 4°) sono da attribuire per contributi alle Istituzioni ed enti pubblici e privati per le iniziative concernenti la qualificazione e l'aggiornamento del personale.
Per ciò che riguarda i limiti delle somme accantonate a questo scopo, si rinvia alle precisazioni fatte più sopra.

RIPARTIZIONE DELLE SOMME PER AMBITI PROVINCIALI, PER UU.SS.LL. ED ARTICOLAZIONI TERRITORIALI DEI CONSULTORI

(art. 12, 3° comma, lett. e, L.R. n. 8/79)

Tutt'ora esistono, a livello regionale, limiti notevoli per determinare parametri idonei a tradurre in cifre, in maniera ottimale e rispondente alle reali esigenze dei singoli bacini d'utenza, i criteri di ripartizione dei finanziamenti e dei contributi di cui all'art. 11 e all'art. 12, lett. e della L.R. n. 8/79.

Ciò deriva dalla mancanza di dati relativi agli ambiti circoscrizionali del territorio della Sardegna, con particolare riguardo alla situazione socio-economica, allo stato dei servizi sanitari e sociali, al tasso di morbosità, all'incidenza degli aborti ed alle condizioni di viabilità e dei trasporti.

Tali limiti potranno essere superati non appena saranno varati gli strumenti, previsti al punto 5 del presente Programma, necessari a reperire e verificare con criteri di scientificità e continuità i dati occorrenti.

Pertanto, facendo salvi gli indici già elencati al punto 5 del Programma, si sono adottati i seguenti criteri di ripartizione delle somme disponibili, per ciascuna delle due attività di tipo «A» e «B»;

a) il 25% in proporzione all'estensione territoriale di ciascuna provincia;

b) il 25% in proporzione alla popolazione residente nell'ambito di ciascuna provincia;

c) il restante 50% in proporzione al tasso di natalità, di mortalità perinatale, di mortalità infantile e di abortività sempre nell'ambito di ciascuna provincia;

d) gli importi ottenuti sulla base dei criteri di cui alle lettere a) b) e c) vengono sommati per ciascuna provincia e per ciascuna delle due attività di tipo «A» e «B» e divise per la intera popolazione dell'ambito provinciale, ottenendo così un coefficiente pro-capite da moltiplicare per il numero degli abitanti di ciascuna Unità Sanitaria Locale e di ciascun Consultorio Familiare.

PREVENZIONE DELLE TOSSICODIPENDENZE E ASSISTENZA AI TOSSICODIPENDENTI

Al momento attuale è difficile poter disporre un piano organico di interventi per il territorio della Sardegna, che sia comprensivo ed esaustivo di tutti quegli aspetti che teoricamente dovrebbe contenere. E ciò per vari ordini di motivi, tra cui spiccano:

1) la mancanza di un'adeguata conoscenza del fenomeno delle tossicodipendenze sul territorio della Sardegna;

2) una scarsa conoscenza sulla reale portata e sui risultati degli interventi pubblici e privati fin qui sperimentati nell'Isola;

3) una scarsa o nessuna rispondenza da parte di qualche CMAS, appena strutturato in forma embrionale, ostacolato da difficoltà di molteplice natura;

4) una estrema esiguità dei finanziamenti previsti dalla apposita legislazione nazionale (L. n. 685/75).

E' possibile tuttavia, utile e necessario, in questa nuova fase del Piano Sanitario Regionale, e tenendo anche conto di tutto ciò che è già stato realizzato nel settore, individuare livelli fondamentali d'intervento praticabile nell'immediato e nell'arco del prossimo triennio, che possano costituire un'organica sperimentazione ed un progetto-processo aperto ed adattabile continuamente, e capace inoltre di comprendere e coniugare in un clima di stretta collaborazione interventi e realtà pubblici e privati.

Occorre delineare e distinguere obiettivi di più lungo periodo ed altri da perseguire entro il triennio 1984/86

e da raccordare con le disponibilità reali, sia sotto il profilo delle strutture e degli operatori, come pure delle risorse finanziarie. Entro questi orientamenti generali vanno considerati e stimolati gli spazi decisionali e programmatori delle UU.SS.LL..

E' necessario, inoltre, che l'attuazione degli interventi sia accompagnata da un accurato sistema di controllo dei processi attuativi e di valutazione delle attività, attraverso una serie di indicazioni e di ricerche finalizzate. Nel piano organico, oltre al problema generale delle tossicodipendenze, sarà ricompreso anche quello dell'alcoolinsmo, fenomeno di particolare rilevanza sociale e sanitaria in alcune zone della Sardegna.

Per favorire la migliore conoscenza del fenomeno, anche ai sensi della legge 685/75, la Regione dovrà finalmente raccogliere ed elaborare i dati statistici relativi sia ai casi di tossicodipendenza segnalati dalle strutture sanitarie e sia alle rilevazioni effettuate dagli organismi giudiziari.

A questo fine si dovrà provvedere a predisporre idonee schede di rilevazione di cui dotare le strutture private e quelle pubbliche.

Nonostante la scarsa conoscenza del fenomeno si devono, quindi, predisporre strumenti sufficienti a fornire risposte sanitarie, sociali e culturali su tutto il territorio regionale, molto articolate e attente ai bisogni delle realtà soprattutto giovanile. Il complesso degli interventi nel settore della prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze è tuttora regolato dalla Legge 685/75, ma alcune norme di essa sono state superate con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e altre potranno essere oggetto di revisione che potrà portare ad un nuovo quadro normativo nazionale in materia, non escludendo peraltro la possibilità ed opportunità di legiferare anche come Regione a Statuto Speciale.

L'attività del settore e la stessa ricerca epidemiologica per il prossimo triennio può enuclearsi intorno ad alcuni punti principali:

— costituzione di un nucleo operativo, presente in ogni USL, con compiti d'intervento diretto, di coordinamento e di studio delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza;

— iniziative sperimentali che possono essere integrate con attività di terapia e di sostegno per le famiglie dei tossicodipendenti, e animazione di gruppi giovanili (ostello-comunità alloggio - gruppo famiglia - pensionato - comunità terapeutica - comunità agricola - cooperativa di lavoro ecc....).

— definitivo superamento degli attuali CMAS e loro riconsiderazione a seguito della creazione delle UU.SS.LL., del passaggio delle competenze e della diversa connotazione territoriale.

— Predisposizione di apposito D.d.L. ad integrazione della normativa in campo nazionale, che consenta tra l'altro di superare le attuali incertezze in relazione alle iniziative degli organismi pubblici ma soprattutto privati, e che preveda il reperimento di maggiori fondi ed il finanziamento finalizzato alle varie iniziative di lotta contro le tossicodipendenze, secondo programmi annuali o poliennali.

Dalle indicazioni e proposte di organizzazione contenute nel Piano Sanitario Regionale, necessariamente brevi e generalizzate, si può comunque dedurre che, tra i principali obiettivi da perseguire nell'arco minimo del triennio 1984/86, vi sono:

1) l'attivazione in ogni USL di stabili iniziative d'intervento soprattutto nel campo della prevenzione anche in stretto collegamento con le iniziative private e di volontariato;

2) la creazione di una serie diversificata di iniziative, la lettura degli esiti delle varie sperimentazioni e gli opportuni correttivi o allargamenti delle stesse;

3) l'acquisizione di un quadro epidemiologico più preciso capace di consentire una valutazione degli interventi attuati o da attuare anche in relazione all'evoluzione del fenomeno.

Con specifico riferimento all'ambito della prevenzione e della cura, si possono in sintesi, individuare alcuni interventi fondamentali e prioritari, rispettivamente per la:

A) **PREVENZIONE:**

— promozione di iniziative associative, culturali, di attività lavorativa, ricreativa ecc... tese a favorire la socializzazione con il coinvolgimento di strutture pubbliche, gruppi di base e di volontariato;

— creazione di centri d'informazione o di specifiche sezioni, laddove tali centri già esistono, con il compito di raccogliere materiali e strumenti idonei a fornire risposte corrette e complessive sulle sostanze stupefacenti e dei problemi connessi anche in relazione all'età, programmare e coordinare la diffusione di informazioni e la produzione di taluni materiali idonei allo scopo;

— educazione sanitaria in collaborazione stretta con tutti gli organismi e le strutture della scuola (della Sovrintendenza Scolastica agli organi Collegiali della scuola);

— sensibilizzazione delle famiglie, soprattutto sul problema della responsabilità educativa.

B) CURA:

— Individuazione ed omogeneizzazione delle modalità di ammissione e di conduzione dei programmi terapeutici (formulazione di protocolli diagnostici e terapeutici e dotazione di strumenti per interventi psico-sociali);

— monitoraggio di parametri utili ad una valutazione generale delle prestazioni fornite e della loro corrispondenza con le richieste di assistenza (creazione di standards minimi per i diversi approcci d'intervento e valutazione dell'entità di utenti che si rivolgono a tali prestazioni).

Andranno infine approfonditi i possibili e/o necessari collegamenti, nell'ottica d'interventi integrati, con altri problemi e settori quali le patologie infettive, problemi connessi all'assistenza alle tossicodipendenti in gravidanza, in regime di detenzione o altro.

TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITA' SPORTIVE

Le funzioni preordinate all'educazione sanitaria nel campo motorio e per la tutela sanitaria delle attività sportive della popolazione sono svolte dalle U.S.L..

Gli accertamenti sanitari devono essere eseguiti gratuitamente e nei confronti di tutti i cittadini richiedenti, con sistematicità ed in modo coordinato, e sono preordinati essenzialmente sia a indirizzare gli interessati a quelle attività sportive tese allo sviluppo psico-fisico e rispondenti alle attitudini individuali, e sia a prevenire danni e alterazioni fisiche conseguenti allo svolgimento di attività motorie sportive.

Le suddette funzioni concernenti la pratica dell'attività sportiva non agonistica sono esercitate a livello di distretto sanitario dai servizi sanitari di base attraverso l'attività dei medici generici e pediatri, nonché di tutti gli operatori che afferiscono a tale area funzionale (medici scolastici, specialisti di base, ecc....); per l'attività sportiva agonistica a livello di USL dai servizi specialistici poliambulatoriali ovvero dal servizio di igiene pubblca ovvero dai servizi delle Università della Sardegna.

Le competenze che afferiscono ai livelli territoriali sopra individuati sono le seguenti:

Servizi dei distretti di base:

I medici generici e pediatri convenzionati ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e i medici scolastici effettuano:

a) gli interventi di educazione sanitaria motoria e sportiva;

b) gli accertamenti e le certificazioni di idoneità generica alle attività fisico-sportive, comunque attuate, svolte in ambito scolastico;

c) gli accertamenti e le certificazioni di idoneità generica per i soggetti che praticano o intendano praticare, in forma organizzata, attività a carattere motorio-formativo o attività motorie con prevalente carattere sportivo-ricreativo;

d) gli accertamenti e le certificazioni di idoneità generica per i soggetti che praticano o intendono praticare attività agonistiche.

Il medico può richiedere gli ulteriori opportuni accertamenti che saranno effettuati presso i servizi specialistici della USL.

Servizi delle USL:

Nell'ambito dei servizi specialistici delle USL saranno effettuati in particolare:

a) gli interventi tecnici di consulenza, nonché gli accertamenti sanitari richiesti dagli operatori dei servizi distrettuali di base;

b) gli accertamenti e le certificazioni di idoneità specifica per i soggetti che praticano o intendono praticare attività agonistiche, conformemente alla normativa vigente e di cui al D.M. 18.2.82 e successive modificazioni ed integrazioni.

Compete alla Regione assicurare una adeguata formazione del personale che opera nel campo della medicina sportiva, attuando forme di collaborazione con le Università e con il CONI al fine di realizzare corsi periodici a livello regionale per la qualificazione e l'aggiornamento del personale medico e tecnico sanitario interessato.

Inoltre la Regione dovrà provvedere alla costituzione della commissione regionale di cui all'art. 6 del D.M., sopracitato, ed alla emanazione di direttive tese a regolamentare nel territorio regionale l'organizzazione dei servizi anche in relazione alle eventuali esigenze di raccolta e di elaborazione dei dati.

STRUMENTI

LA FORMAZIONE PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI.

Un problema non secondario è quello della salvaguardia della professionalità raggiunta, spesso dopo molti anni di notevoli sacrifici, da parte del personale

sanitario e para sanitario. Oggi l'interesse pubblico in materia va tutelato non soltanto per l'aspetto direttamente collegato all'assistenza ma anche per quello relativo alla ricerca scientifica che deve svolgersi anche nell'ambito ospedaliero. Di qui l'esigenza di una oculata politica del personale che permetta l'ottimazione nell'uso dello stesso nel contempo agevolando al massimo il suo miglioramento e creando conseguentemente quelle indispensabili condizioni, ambientali e di attrezzature, perché ciò possa realizzarsi.

Correttamente quindi tutti gli operatori del servizio sanitario devono avere una capacità professionale adeguata ai bisogni reali individuati ed all'aspetto dei servizi da realizzare e riordinare per soddisfarli.

Né peraltro potrebbe essere altrimenti ove si consideri che il comparto sanitario si configura come un tipico settore di «servizi» nei quali il personale, quale indispensabile elemento di mediazione tra strutture sanitarie e cittadini, assume un ruolo di centralità.

Dalle premesse considerazioni discende l'interdipendenza tra formazione professionale del personale ed istituzione e riorganizzazione dei servizi sanitari funzionalmente collegati con i servìi sociali secondo le indicazioni della Legge 833/1978. Solo un tale criterio può consentire di definire funzioni e ruoli del personale in sintonia con gli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale.

Pertanto:

— la formazione del personale, per contenuti formativi, sistemi didattici ed organizzazione strutturale, dovrà basarsi sulle nuove concezioni di sicurezza sociale come garanzia della salute e del benessere del cittadino;

— il fabbisogno di personale dovrà essere rapportato sia sotto il profilo quantitativo che sotto il profilo qualitativo alle esigenze di tutto il complesso dei servizi socio-sanitari;

— il personale dei servizi socio-sanitari dovrà assumere connotati di polivalenza operativa tali da garantire, in concreto, l'attuazione dell'istituto della mobilità.

La realizzazione della concezione innovativa dianzi delineata esige lo svolgimento, nel triennio di validità del Piano Sanitario Regionale, di un complesso articolato di azioni programmate secondo le linee direttrici appresso indicate.

Riduzione della quantità dei profili professionali esistenti ed individuazione dei profili professionali attualmente qualitativamente validi .

Presupposto indispensabile perché si possa procedere a possibili accorpamenti tra gli attuali profili professionali è l'approvazione della Legge quadro sulla formazione, aggiornamento, specializzazione e riqualificazione professionale degli operatori e dei tecnici sanitari, essendo riservata alla competenza statale la determinazione dei profili professionali degli operatori sanitari non laureati.

Ciò non toglie che il presente piano riconosca, fin d'ora, anche ai fini del potenziamento della rete delle strutture formative, la validità di talune figure professionali, inserite in tre aree fondamentali:

a) infermieristica: infermiere professionale, vigilatrice di infanzia limitatamente all'età pediatrica, assistente sanitario, infermiere professionale abilitato a funzioni direttive, ostetrica;

b) tecnico-sanitario: tecnico di radiologia, tecnico di laboratorio, tecnico di citologia, istologia, anatomia patologica, tecnico di immuno-ematologia e servizio trasfusionale, tecnico di igiene dietista;

c) riabilitativo: terapista della riabilitazione con distinti indirizzi in fisiokinesiterapia, terapia occupazionale, logoterapia.

Fabbisogno di operatori ad orientamento professionale

La determinazione del fabbisogno annuale di operatori, nei suoi aspetti di quantità e qualità, deve essere effettuata in relazione alla istituzione e riorganizzazione dei servizi socio-sanitari. Le Unità Sanitarie Locali sono tenute a comunicare con tempestività alla Regione i dati relativi ai posti di organico vacanti o di nuova istituzione allo scopo di consentire una adeguata programmazione formativa. La capacità ricettiva delle strutture formative deve avere carattere di estrema flessibilità tale da adattarsi alla dinamica delle esigenze formative.

E' altresì necessario il collegamento tra Regione, Università degli Studi, Unità Sanitarie Locali e Servizi scolastici del territorio per poter realizzare una efficace e tempestiva azione di orientamento professionale da attuarsi anche mediante l'indicazione degli sbocchi occupazionali nell'area socio-sanitaria.

Aggiornamento professionale del personale

Nell'ambito delle azioni programmatiche previste dal Piano Sanitario Regionale, assume particolare rilievo l'aggiornamento obbligatorio permanente introdotto con la Legge 833/1978.

Fermo restando che per quanto attiene al personale con rapporto di lavoro convenzionato di cui all'art. 48 della citata Legge 833/1978, le obbligatorie iniziative do-

vranno rispettare le modalità previste dalle apposite convenzioni, per quanto attiene il personale con rapporto di lavoro dipendente l'aggiornamento permanente dovrà essere garantito mediante il coinvolgimento in tale attività, ciascuna per la parte di sua competenza, delle strutture universitarie, degli ordini e collegi professionali e dei servizi scolastici.

In particolare:

— dovrà darsi carattere prioritario all'aggiornamento permanente dei medici di base: al riguardo le Unità Sanitarie Locali utilizzeranno in particolare i presidi ospedalieri per l'attivazione di corsi ed attività di aggiornamento periodico;

— per la dirigenza amministrativa si avrà cura di ampliare il campo della preparazione mediante la acquisizione della conoscenza di tecniche direzionali, gestionali aziendalistiche ed organizzative, di utilizzazione programmata delle risorse e dei sistemi informativi;

— per la dirigena sanitaria dovrà realizzarsi un allargamento della preparazione specifica con particolare riguardo alla tecnica di organizzazione dei servizi e dell'educazione sanitaria.

La formazione di base e specialistica del personale laureato

La problematica connessa alla formazione di base e specialistica del personale laureato e, per determinati profili professionali, anche del personale diplomato dovrà trovare preferibilmente e per quanto possibile adeguata soluzione nel contesto della convenzione Regione-Università, prevista dall'art. 39 della Legge 833/1978. In tale ambito, infatti, dovranno concordarsi le modalità di apporto dei servizi socio-sanitari alla formazione di base e specialistica del personale laureato e diplomato e, per contro, l'apertura della didattica universitaria ai problemi del territorio nonché l'aggancio della formazione universitaria alla programmazione regionale.

Organizzazione e controllo, delle strutture formative

Nel settore della formazione professionale degli operatori sanitari non laureati opererà un unico centro decisionale della Regione che assommerà in sé tutti i poteri di proposizione programmatica, di controllo, coordinamento ed indirizzo della gestione, con particolare riferimento all'attività didattica, di erogazione delle risorse finanziarie.

A tal fine si avvarrà del supporto tecnico di un Comitato di esperti, nominato dalla Giunta Regionale su proposta dell'Assessore Regionale dell'Igiene e Sanità, composto: da un rappresentante dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità, di un rappresentante dell'Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale, cooperazione e sicurezza sociale, di un rappresentante degli organi periferici del Ministero della Pubblica Istruzione, di un rappresentante delle Università degli Studi, di un Direttore di Scuola Professionale. In particolare la competenza della regione in materia di organizzazione interna delle strutture formative, la cui collocazione istituzionale dovrà d'ora in avanti essere prevista esclusivamente nell'ambito universitario e delle strutture pubbliche delle Unità Sanitarie Locali, si esplicherà nell'emanazione di una nuova normativa statutaria e regolamentare unica per tutte le scuole.

Tale normativa dovrà, tra l'altro, disciplinare compiutamente:

— l'articolazione dei corsi in classi con un minimo di 15 e non più di 25 allievi e la preposizione a ciascuna classe di un monitore didattico;

— l'attribuzione al Comitato di Gestione dell'Unità Sanitaria Locale delle competenze in ordine alla gestione economico-finanziaria;

— l'organizzazione di comitati didattici, ai quali spettino le scelte relative all'impostazione ed alle modalità di svolgimento dell'attività didattica, al controllo dell'attuazione dei programmi, alla verifica dei risultati dell'azione formativa;

— la durata dei corsi di formazione e l'accesso vincolato ad un adeguato livello di scolarità di base;

— le modalità di ammissione degli studenti e la determinazione dei criteri obiettivi per la eventuale selezione, i sistemi di controllo delle frequenze, le modalità di passaggio da un anno all'altro;

— la fruizione del diritto allo studio mediante la gratuità della frequenza, l'uso dei libri di testo e delle dispense nonché attraverso interventi di carattere economico (borse di studio, assegni mensili, rimborso spese viaggio) ed assistenziali (assicurazione infortuni);

— la organizzazione dei servizi di supporto quali mense e biblioteche.

Nelle allegate tabelle è evidenziata la situazione delle strutture formative esistenti nonché le nuove strutture programmate da realizzare nel triennio. Si ribadisce infine che il numero dei posti indicati per ciascuna struttura formativa sono meramente indicativi e suscettibili quindi di modifica in relazione al fabbisogno quantitativo e qualificativo degli operatori in base alla programmazione regionale.

SCUOLE DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DEGLI OPERATORI SANITARI NON LAUREATI

INFERMIERE PROFESSIONALE

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
S. Giov. di Dio - Cagliari	20	100	150
«Ospedali Riuniti» - Sassari	1	35	50
«San Francesco» - Nuoro	7	30	60
«Ospedale Civile» - Alghero	2	15	30
«San Martino» - Oristano	13	—	30
«Santa Barbara» - Iglesias	16	—	30
«Sirai» - Carbonia	17	—	30
«A. Segni» - Ozieri	5	—	50
Totale		180	410

VIGILATRICI D'INFANZIA

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
Istituto Provinciale Assistenza alla Infanzia - Cagliari	21	20	40
Totale		20	40

ASSISTENTE SANITARIO

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
S. Giov. di Dio - Cagliari	20	10	20
Totale		10	20

ABILITAZIONE FUNZIONI DIRETTIVE ASSISTENZA INFERMIERISTICA

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
S. Giov. di Dio - Cagliari	20	20	20
«Ospedali Riuniti» - Sassari	1	30	20
Totale		50	40

OSTETRICA

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
Università degli Studi Clinica Ostetrica - Cagliari	20	40	40
Università degli Studi Clinica Ostetrica - Sassari	1	15	15
«S. Francesco» - Nuoro (*)	7		
Clinica Ostetrica Università di Sassari	1		15
Totale		55	70

(*) Scuola di Ostetricia autonoma R.D.L. 15.10.1936, n. 2128 e R.D. 24.7.1940, n. 1680.

TECNICO DI RADIOLOGIA

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
San Giovanni di Dio - Cagliari	20	20	20
«San Francesco» - Nuoro	7	25	25
«Ospedali Riuniti» - Sassari	1	25	25
«San Martino» - Oristano	13		15
Totale		70	85

TECNICO DI LABORATORIO

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
San Giovanni di Dio - Cagliari	21	10	10
«Ospedali Riuniti» - Sassari	1	20	20
«San Francesco» - Nuoro	7	60	60
«San Martino» - Oristano	13		15
Università degli Studi - Sassari (1)	1		12
Totale		90	117

DIETISTE

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
«A. Buisnco» - Cagliari (*)	21	15	15
Totale		15	15

TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
«Ospedali Riuniti» - Sassari	1	20	20
Università degli Studi Clinica Ortopedica - Sassari	1	15	15
Associazione Italiana Assistenza Spastici - Cagliari	20	30	30
Università degli Studi Clinica Ortopedica - Cagliari	20		10
Totale		65	75

DIRIGENTI E DOCENTI DI SCIENZE INFERMIERISTICHE (2 anni)

SEDE	U.S.L.	Istituita n. posti	Program. n. posti
Università degli Studi - Sassari	1		10
Totale			10

N.B.: Il numero di posti si intende per anno.

(1) Corso biennale per «Tecnici di Laboratorio di analisi biomediche» con tre indirizzi: analisi chimico-cliniche, analisi microbiologiche, laboratorio di patologia clinica.

(*) Tirocinio annuale riservato alle econome dietiste - Art. 132 D.P.R. 27.3.1969, n. 130, ed art. 81 D.M. 30.1. 1982.

IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE

La progettazione e la realizzazione di un sistema informativo sanitario può avvenire solo seguendo una «filosofia» capace di indirizzare gli sforzi tesi a raggiungere gli obiettivi prefissati e di delineare con la massima precisione possibile compiti e funzioni da tradurre in progetti operativi.

L'obiettivo fondamentale assunto dal Piano è quello di strutturare, un sistema sanitario imperniato sull'informazione, individuando i tipi di bisogno informativo che occorre soddisfare, gli scopi ai quali sottende e le funzioni per le quali viene individuato.

Le esigenze informative da soddisfare sono di tipo diverso:

— epidemiologico - riferite cioè allo stato ed all'evoluzione della salute della popolazione;

— eziologico - che riguardano le cause di disagio o di malattia;

— programmatorio e finanziario - che attenzono allo sviluppo del sistema sanitario;

— gestionale - riferite al funzionamento del sistema e dei diversi servizi che la compongono;

— valutativo - per misurare i risultati, anche in termini economici e gestionali, degli interventi effettuati.

Questa esigenza di disporre di un'informazione adeguata ai bisogni di programmazione e di gestione del servizio sanitario di diversi livelli e particolarmente sentita in Sardegna dove non è ancora consolidata una esperienza di osservazione organizzata.

Il triennio del primo Piano Sanitario Regionale dovrà essere pertanto impiegato per soddisfare l'esigenza particolarmente urgente e non ulteriormente procrastinabile di riorganizzare il sistema informativo esistente, avendo cura di evitare che questa riorganizzazione costituisca solo una risposta alle emergenze e facendo in modo invece che essa rappresenti contestualmente il primo momento della costruzione del nuovo sistema informativo sanitario regionale.

Il Piano Sanitario Regionale fa propri i criteri che la legge 833/1978 pone a fondamento della costruzione di un sistema informativo per il servizio sanitario. Essi sono: il decentramento delle responsabilità gestionali, l'orientamento al rischio; la partecipazione, ferma restando la necessità di assicurare quei controlli di efficacia e di efficienza che che verifichino la reale utilità degli interventi attuati e dell'uso delle risorse che è stato fatto per attuarli.

Il decentramento del sistema informativo deve essere basato non soltanto sulla molteplicità dei punti di raccolta e di smistamento delle informazioni, ma soprattutto sulla comunicabilità e disponibilità delle informazioni ad ogni altro livello e punto periferico del sistema. Ciò pone il problema di riconoscere le necessità informative di ogni livello e pertanto la necessità di distinguere le informazioni in due tipi fondamentali:

a) *di esercizio*, cioé quelle che consentono di operare in modo consapevole nell'attività quotidiana;

b) *di governo*, che consentono di compiere in modo consapevole le attività di programmazione, controllo e valutazione pertanto il SIS deve poter permettere la gestione diretta dei dati di esercizio ai livelli operativi e trasferire quelli di governo ai livelli decisionali.

L'adozione di questo criterio permette di individuare i livelli fondamentali di gestione delle informazioni:

— le informazioni di esercizio, che nascono negli ambiti operativi devono essere gestiti direttamente ed autonomamente dalle strutture operative locali, sia di tipo amministrativo che sanitario. Questo criterio mette in risalto il ruolo del *Distretto sanitario di base* come punto fondamentale di raccolta e di utilizzazione di tutte le informazioni che costituiscono il sistema informativo di base e che forniscono un'immagine continuativa e regolare di tutti i fenomeni che si vogliono tenere sotto controllo.

— Le informazioni di esercizio provenienti dagli archivi magnetici dei Distettti sanitari di base e dalle strutture sovradistrettuali e multi zonali sono gestiti a livello di U.S.L..

— le informazioni di governo devono essere gestite a livello regionale.

L'orientamento del sistema informativo al rischio costituisce l'unico elemento capace di consentire interventi realmente preventivi. L'adozione di questo criterio pur ritenuto particolarmente difficile in quanto richiede una preparazione del personale tale da renderla capace di un appropriato approccio ai problemi sanitari, è da perseguire in quanto il successo della prevenzione è strettamente legato alla conoscenza delle condizioni di vita e di lavoro della popolazione. Si tratta comunque di non inflazionare questo criterio e di limitarlo alla raccolta delle informazioni per le quali si sia in possesso di ipotesi di rischio e che si riferiscano a rischi effettivamente affrontabili in termini di interventi preventivi o almeno limitativi del danno.

L'esigenza di organizzare un sistema informativo partecipato, infine, può essere soddisfatta assumendo a fondamento della partecipazione l'esperienza degli operatori e dei cittadini. Sulla base di una corretta circolazione dell'informazione sarà infatti possibile utilizzare il patrimonio informativo attraverso uno stretto legame con i progetti conoscitivi dei cittadini, degli operatori e degli amministratori che in questa maniera possano condividerne le conseguenti decisioni operative.

Il sistema va strutturato individuando i segeunti requisiti e caratteristiche tecniche indispensabili a metterlo in condizioni di far fronte alle esigenze informative attuali:

1°) garanzia di omogeneità e di confrontabilità dei dati;

2°) eliminazione delle duplicazioni e delle difformità di rilevazione;

3°) riduzione degli elementi di dubbio o di distorsione;

4°) completezza e disponibilità di elaborazioni non obsolete;

5°) orientabilità del sistema verso le nuove situazioni emergenti;

6°) rapporto omogeneo tra «i casi rilevati e la popolazione a rischio.

A livello strettamente operativo occorre:

a) garantire la continuità delle rilevazioni sanitarie correnti riorganizzandole nei loro contenuti e ridefinendone i flussi;

b) predisporre gli strumenti per avviare l'attività di raccolta, elaborazione e valutazione delle informazioni a livello di U.S.L.;

c) iniziare la raccolta di informazioni significative e aggiornate al fine di programmare, finanziare e controllare il sistema sanitario in maniera che si sviluppi correntemente ai bisogni reali di salute dei cittadini e a misura delle risorse disponibili;

d) predisporre la relazione annuale sullo stato sanitario della Regione;

e) mettere a disposizione dei cittadini, delle forze sociali, degli operatori, degli studiosi, informazioni indispensabili a conoscere l'attività del servizio sanitario al fine di dare concretezza alla partecipazione ed al controllo sociale.

La rilevazione delle statistiche correnti riguarderà pertanto:

a - i principali fenomeni demografici quali la mortalità e la natalità;

b - i fenomeni sanitari obbligatori;

c - i fenomeni sanitari rilevanti (ad es. i ricoveri ospedalieri).

Per quanto riguarda i fenomeni demografici il punto di partenza dell'informazione deve essere il Comune: quello dove è avvenuto il decesso e quello dove è avvenuta la nascita.

Nel caso di decesso la comunicazione dell'informazione deve essere effettuata dal Comune di residenza, indicando la causa della morte, alla U.S.L. di appartenenza, che provvederà sucessivamente alla trasmissione all'Assessorato regionale all'igiene e sanità.

La comunicazione dell'informazione relativa alla nascita dovrà essere indirizzata alla U.S.L. di appartenenza;

Per quanto riguarda i fenomeni sanitari obbligatori, i punti di partenza dell'informazione sono i medici convenzionati per la medicina generica e pediatrica che dovranno trasmettere le notizie all'U.S.L. di appartenenza, che provvederà successivamente alla trasmissione all'Assessorato regionale all'igiene e sanità.

Per quanto afferisce i fenomeni sanitari rilevanti, i punti di partenza dell'informazione sono le strutture sanitarie ed in particolare quelle di ricovero.

A tal fine dovranno essere adottate:

1 - schede nosologiche individuali, da inviare alla U.S.L. di appartenenza, che provvederà a trasmetterle all'Assessorato all'igiene e sanità;

2 - schede generali relative alle strutture, da inviare all'U.S.L. di appartenenza.

Il secondo livello di informazione è quello che, partendo dalle UU.SS.LL., si realizza a livello regionale che costituisce il referente del livello centrale dal quale l'informazione si dirige a livello nazionale (ISTAT - Ministero della Sanità) secondo le modalità e i tempi concordati.

Le statistiche sanitarie correnti costituiscono il contesto nel quale le future indagini epidemiologiche che devono rappresentare l'attività esplorativa e speculativa espressione del quadro informativo sanitario. Quanto maggiore sarà lo spazio riservato alle indagini epidemiologiche tanto maggiori saranno la dinamicità e la flessibilità del sistema informativo, essendo le indagini epidemiologiche studi che si propongono di approfondire e sviscerare problemi ben precisati enfatizzando il momento valutativo rispetto a quello semplicemente constatativo proprio delle statistiche sanitarie correnti, con l'obiettivo di creare un sistema al servizio della

prevenzione attraverso la rilevazione delle situazioni di rischio.

Per ottenere risultati apprezzabili si rende necessario istituire l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Infatti l'Osservatorio Epidemiologico costituisce lo strumento del quale la Regione dovrà dotarsi per disporre di un riferimento metodologico, di un momento di coordinamento delle iniziative di indagine epidemiologica, di coagulo delle esperienze e delle attività di ricerca in campo epidemiologico.

I compiti da affidare a tale Osservatorio sono:

- la ridefinizione delle statistiche sanitarie correnti;
- la messa a punto di nuove rilevazioni con particolare riferimento ad un'indagine sullo stato di salute della popolazione;
- la definizione di un sistema di indicatori sia dello stato sanitario della popolazione e dell'ambiente sia dello sviluppo e del funzionamento dell'organizzazione sanitaria ai vari livelli, sia, infine, dello stato di attuazione del Piano Sanitario Regionale;
- la ricomposizione unitaria delle immagini informative provenienti dalle UU.SS.LL.;
- la ricezione critica delle indicazioni di pertinenza e delle segnalazioni di problematicità provenienti dalla periferia del sistema socio-sanitario per trasformarle in ipotesi di lavoro;
- il coordinamento delle indagini specifiche sui problemi emergenti.

Il sistema informativo sanitario deve far fronte anche agli impegni derivanti dalle disposizioni contenute nella L. 833/1978 che riguardano specificatamente:

art. 19 - la tenuta e il periodico aggiornamento degli elenchi degli utenti;

art. 27 - la fornitura, la compilazione e l'aggiornamento del libretto sanitario personale; anche con la collaborazione dei medici convenzionati, la costituzione dei registri dei dati ambientali e biostatistici;

art. 58 - l'attivazione di servizi epidemiologici e statistici per la rilevazione e la gestione delle informazioni epidemiologiche, statistiche e finanziarie occorrenti per la programmazione sanitaria regionale e per la gestione dei servizi sanitari.

Questi impegni, e l'insieme delle esigenze informative alle quali si è fatto in precedenza riferimento, danno corpo al sistema informativo sanitario e ne delineano i livelli: quello del distretto sanitario di base, quello di U.S.L., quello della regione.

A - *Il Sistema informativo nel distretto sanitario di base.*

I compiti fondamentali da affidare a questo livello del sistema informativo sono:

- la ricomposizione dell'informazione sanitaria individuale, indispensabile per soddisfare le esigenze che derivano dall'erogazione delle prestazioni. Nell'attivare questa funzione occorre muoversi in maniera da superare l'*occasionalità* a favore di una *sistematicità* del flusso informativo.

In questa direzione ci si può avviare attivando alcune iniziative nei due gruppi di popolazione costituiti dai nuovi nati (cercando di attivare un circuito informativo tra i servizi che erogano l'assistenza prenatale, l'ospedale che eroga l'assistenza al parto e i servizi che erogano l'assistenza post-natale) e dagli anziani (cercando di attivare un circuito informativo tra gli ospedali e i servizi che erogano l'assistenza sanitaria territoriale).

I criteri più generali di riferimento per avviare la ricomposizione dell'informazione sanitaria individuale dovrebbero comunque essere quelli di:

1) dare un'organizzazione i lpiù possibile integrata ai servizi e agli interventi del distretto;

2) coinvolgere gli operatori ospedalieri, specialisti e generali;

3) partire in prima istanza dai progetti-obiettivo;

4) scegliere due livelli di segnalazione: quella in continuo, cioè in tempo utile per prendere una decisione appropriata; quella più scadenzata, per le situazioni che non richiedono un intervento immediato.

Lo strumento specifico individuato dalla L. 833/1978 per attivare questa funzione informativa è il libretto sanitario individuale, espressamente destinato a contenere la registrazione di tutti gli atti sanitari, la cui compilazione è affidata alle UU.SS.LL.. Il libretto sanitario individuale è lo strumento di comunicazione tra punti diversi del sistema sanitario attraverso la raccolta di informazioni di qualunque tipo che solo in pochi casi possono avere carattere di sistematicità.

L'altro strumento informativo da utilizzare è la cartella individuale, che deve servire prevalentemente come promemoria e strumento di lavoro per l'operatore, e come immagine di sintesi dei problemi

del soggetto. Ciò rende inutile la predisposizione di una cartella standardizzata e favorisce la scelta di raccogliere soltanto le informazioni per le quali esiste un'ipotesi interpretativa precisa e quella per le quali si sta elaborando, in sede di ricerca, un'ipotesi interpretativa. Queste informazioni andranno periodicamente selezionate e sintetizzate.

Per la costruzione di immagini epidemiologiche della popolazione che diano una conoscenza dei rischi, che consentano la valutazione dell'efficacia degli interventi e che permettano di allargare la ricerca epidemiologica anche ai fattori di tipo ambientale-economico e sociale, sarà utile iniziare per sperimentazione di registri per problemi (di rischio, di patologia, di intervento) con i quali si possano concretamente percepire alcuni obiettivi quali:

— predisporre interventi più adeguati alle condizioni di specifici gruppi di popolazione e valutare quelli già compiuti (uso di prevenzione e di assitenza);

— fornire un contributo alla costruzione del quadro conoscitivo del territorio per la programmazione degli interventi da parte delle UU.SS.LL. (uso epidemiologico);

— segnalare problemi nuovi per la soluzione dei quali devono essere ricercate opportune soluzioni (uso di ricerca);

dal raggiungimento dei quali si può ottenere anche un ribaltamento della convinzione corrente, secondo la quale l'immagine epidemiologica si ottiene investendo tutta la popolazione, per procedere più correttamente alla formulazione di alcune ipotesi partendo dalle quali si giunge a selezionare il gruppo di soggetti portatori di un determinato problema.

In questa maniera il registro esprimerà l'aggregazione della popolazione per problemi, costituirà il primo strumento per la raccolta dell'informazione collettiva e sarà il tramite tra l'informazione individuale e quella statistica.

Una certa importanza possono ancora rivestire, per creare un'immagine informativa più completa a livello di distretto, le statistiche di attività e di utenza se la pretesa nei loro confronti non sarà quella di voler conoscere attraverso di esse la domanda. Da queste statistiche si possono ricavare più correttamente indicazioni di produttività del servizio ed indicazioni relative al suo modello di risposta, soprattutto se l'ottica con la quale si ricaveranno queste informazioni sarà quella - attraverso le cosiddette statistiche di utenza - di puntare ad ottenere informazioni riguardanti il grado di funzione di un servizio da parte di una certa popolazione tipologicamente definita. Infine, a questo livello, è di particolare importanza la relazione di distretto alla cui predisposizione si protrà giungere solo se il distretto disporrà delle seguenti informazioni:

— le statistiche di utenza degli assistiti (per sesso, età, occupazione e residenza);

— i registri per problemi, unificati a livello di distretto;

— una serie di segnalazioni formali e informali sui problemi della popolazione, prodotte da cittadini singoli o associati.

Uno schema tipo per redigere questa relazione, adattandola alle peculiari esigenze di ogni singolo distretto, può essere rappresentata da un documento composto da cinque parti:

— i dati statistici sulla popolazione residente -

— i dati statistici sulla popolazione assistita -

— le informazioni sui problemi presenti nella popolazione -

— la mappa territoriale dei rischi -

— i dati statistici sull'attività dei servizi di base, completato da altre notizie utili alla formazione di un giudizio il più possibile esaustivo dell'attività svolta.

B - *Il sistema informativo nell'unità sanitaria locale.*

Le necessità delle UU.SS.LL. per quanto riguarda l'informazione derivano dalle specifiche funzioni che è chiamata a svolgersi quelle di programmare, attivare, controllare e valutare gli interventi operativi che si effettuano nel suo territorio. Le UU.SS.LL. devono quindi avere un quadro dei bisogni della popolazione e delle risorse disponibili; conoscere in modo continuativo lo svolgimento dei diversi interventi e valutarne i risultati.

A queste esigenze si può far fronte acquisendo un certo gruppo di informazioni tra le quali hanno particolare importanza:

— le statistiche di base demografiche, sociali e sanitarie;

— le mappe dei rischi;

— i registri di rischio e di patologia espressi dai servizi;

— le statistiche di utenza, quale espressione della domanda rivolta ai servizi;

— le relazioni epidemiologiche provenienti dai distretti;

— ogni altra informazione, di tipo formale o informale, che individui una condizione di rischio, di bisogno, di disagio dei vari gruppi di popolazione.

A queste informazioni vanno aggiunte quelle provenienti dai servizi di secondo livello, che in una prima fase possono essere limitate a rappresentare i fenomeni: della natalità, del ricovero degli ultrasessantacinquenni, dei ricoveri per infortuni e malattie professionali.

C - *Il sistema informativo a livello regionale.*

A questo livello si tratta, almeno per il triennio del I° Piano Sanitario Regionale, di raccogliere le informazioni significative per le funzioni e le competenze specifiche da esercitare e per trasmettere a livello nazionale quanto è ncessario a comporre il quadro statistico sanitario generale del Paese.

Contemporaneamente, la Regione su sua iniziativa e/o su richiesta delle UU.SS.LL., può organizzare indagini ad hoc riferite a particolari ambiti territoriali.

Un compito di particolare importanza è infine rappresentato dalla gestione degli accordi nazionali unici. A questo fine gli accordi dovranno prevedere espliciti elementi informativi.

Da quanto detto occorre predisporre ed attuare uno schema strutturale e metodologico di SIS, inteso come insieme di hardware, software e orgware con il compito di rilevare, elaborare e diffondere dati e informazioni sanitarie e quindi finalizzato sia alla gestione che alla programmazione sanitaria.

Il SIS infatti deve essere costituito dall'insieme coordinato di flussi informativi volti al migliore svolgimento delle funzioni locali gestionali e regionali di programmazione, legislativa ed amministrativa, nonché della funzione di correlazione con i flussi informativi degli altri Enti ed Organismi territoriali.

Deve caratterizzarsi per un insieme di informazioni definito, aggiornabile ed inderogabile e deve coordinarsi con il Sistema Informativo Sanitario Nazionale.

Hardware:

Le attrezzature necessarie sono un elaboratore centrale dislocato presso la Regione ed una serie di terminali video e stampanti nelle Unità Sanitarie Locali e collegati a quello centrale.

Una simile rete di teletrasmissione dati che dovrà rispettare alcune caratteristiche tecniche standards quali collegabilità, colloquiabilità, modularità, permetterà da una parte la gestione autonoma e decentrata delle singole procedure amministrative e sanitarie e dall'altra l'aggiornamento automatico di banche dati le cui informazioni opportnuamente correlate da programmi elaborativi costituiscono la base della programmazione e prevenzione sanitarie.

Le UU.SS.LL. sulla base delle esigenze e delle priorità di automazione, col coordinamento dell'Assessorato all'Igiene e Sanità, deve predisporre l'acquisizione delle attrezzature elettroniche da destinarsi ai propri servizi.

In questa ottica si dovrà procedere ai collegamenti multi-point con l'elaboratore centrale regionale secondo il programma concordato con la SIP, già in fase di attivazione, che si riporta:

1° gruppo: a) U.S.L. n. 20 Cagliari
b) U.S.L. n. 22 Quartu S. Elena

2° gruppo: a) U.S.L. n. 21 Cagliari

3° gruppo: a) U.S.L. n. 17 Carbonia
b) U.S.L. n. 16 Iglesias

4° gruppo: a) U.S.L. n. 19 Sanluri
b) U.S.L. n. 15 Guspini
c) U.S.L. n. 18 Senorbì

5° gruppo: a) U.S.L. n. 13 Oristano
b) U.S.L. n. 14 Ales

6° gruppo: a) U.S.L. n. 7 Nuoro
b) U.S.L. n. 6 Macomer
c) U.S.L. n. 12 Ghilarza
d) U.S.L. n. 8 Siniscola
e) U.S.L. n. 10 Sorgono

7° gruppo: a) U.S.L. n. 9 Lanusei
b) U.S.L. n. 11 Isili.

8° gruppo: a) U.S.L. n. 1 Sassari
b) U.S.L. n. 2 Alghero

9° gruppo: a) U.S.L. n. 5 Ozieri
b) U.S.L. n. 3 Tempio
c) U.S.L. n. 4 Olbia

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO REGIONALE IGIENE SANITA'

USL	USL	USL	USL	USL
6	7	8	10	12

USL	USL	USL
3	4	5

USL	USL
1	2

R A S

USL	USL
14	13

USL
21

USL	USL	USL
19	18	15

USL	USL
16	17

USL	USL
20	22

Dal risultato dell'indagine sulle esigenze si ritiene che in questa fase ogni U.S.L. deve dotarsi di terminali video e stampanti secondo il seguente schema:

	U.S.L.	N. Modem	N. Unità controllo	N. Video	N. Stampanti
1	Sassari	2	2	7	4
2	Alghero	2	2	10	8
3	Tempio	1	1	4	3
4	Olbia	2	2	4	2
5	Ozieri	2	2	4	2
6	Macomer	2	2	5	3
7	Nuoro	3	3	7	4
8	Siniscola	3	3	4	4
9	Lanusei	2	2	4	3
10	Sorgono	1	1	3	2
11	Isili	1	1	3	2
12	Ghilarza	1	1	3	2
13	Oristano	3	3	5	4
14	Ales	1	1	3	2
15	Guspini	3	3	8	4
16	Iglesias	2	2	5	2
17	Carbonia	1	1	3	2
18	Senorbì	2	2	5	3
19	Sanluri	1	1	3	2
20	Cagliari Sud	9	9	22	17
21	Cagliari Nord	5	5	12	9
22	Quartu S. E.	1	1	4	2
	Totali	50	50	128	86

Software:

Le procedure elaborative predisposte e da impiantare in maniera univoca, ed uniforme per tutto il sistema sono:

1) gestione convenzione medicina generica e pediatrica - guardia medica - gestione archivio assistiti;
2) gestione convenzione Farmaceutica;
3) gestione convenzione specialistica d'Ambulatorio;
4) gestione convenzione Specialistica Esterna;
5) gestione Contabilità e Fatturazione;
6) gestione inventari beni mobili e immobili;
7) gestione Personale Ruolo Unico;
8) gestione campagna Favismo;
9) gestione procedura interruzione gravidanza;
10) osservatorio epidemiologico;
11) gestione magazzino farmaceutico;
12) gestione degenze ospedaliere;
13) gestione Centro Trasfusionale;
14) gestione Servizio dietologico;
15) medicina preventiva;
16) Case di Cura;
17) gestione Centro Unico Prenotazioni.

Il gruppo di coordinamento regionale, sentite le Unità Sanitarie Locali, stabilirà le altre procedure che si renderanno necessarie sia a livello regionale che a livello locale.

Le attività ed i processi contemplati dal SIS sono automatizzati secondo i tempi e le priorità che il comitato di coordinamento riterrà opportuno sul piano tecnico, economico ed operativo.

Il programma regionale di sviluppo ed i piani di settore definiscono le linee per l'attuazione del SIS le modalità di raccolta, di aggiornamento e di trattamento delle informazioni, le finalità del loro utilizzo e le strutture organizzative interessate dai processi operativi, nonché le previsioni di spesa.

La Giunta Regionale presenta annualmente al Consiglio Regionale una relazione sullo stato di attuazione del progetto dei programmi operativi annuali e ove necessario propone l'aggiornamento del progetto.

I dati e le informazioni gestiti dalle suddette procedure sono coperti dal segreto d'ufficio e non possono essere resi noti se non in forma collettiva, in modo che non se ne possa fare alcun riferimento individuale.

La Giunta Regionale su proposta dell'Assessore all'Igiene e Sanità delibera i criteri e le modalità di accesso ai dati del SIS.

Resta comunque definita la salvaguardia della riservatezza e sicurezza dei dati, pertanto in fase di aggiornamento, di caricamento e di variazioni l'accesso è riservato ai soli responsabili della gestione, mentre la visualizzazione verrà deliberata volta per volta.

Le UU.SS.LL. che dispongano di strutture meccanografiche potranno utilizzarle per ulteriori applicazioni di interesse locale o per particolari esigenze applicative non previste fra quelle in studio.

Pertanto le UU.SS.LL. non possono stipulare nuovi contratti di acquisto e/o di noleggio di apparecchiature elettroniche e programmi di base e applicativi per l'elaborazione dei dati ,né modificare contratti in atto per ampliamenti e sostituzioni se non dopo attenta valutazione e parere favorevole della Giunta Regionale, sentito l'Assessorato all'Igiene e Sanità.

I contratti in atto di attrezzature e servizi di elaborazione dati non posono essere prorogati di volta in volta per non più di 12 mesi.

Tutte le deliberazioni delle UU.SS.LL. concernenti la informatica sanitaria dovranno essere trasmesse al Comitato o Sezione di Controllo, per il relativo esame, corredate dalle relazioni tecniche dell'Assessorato Igiene e Sanità.

Orgware:

L'organizzazione necessaria per un buon impianto e funzionamento del SIS può essere così articolata:

a) gruppo di coordinamento regionale presso l'Assessorato all'Igiene e Sanità avente le seguenti funzioni:

— pianificazione e programmazione delle procedure;

— coordinamento regionale;

— rapporti col Ministero della Sanità.

b) gruppo di tecnici informatici aventi le seguenti funzioni:

— progettazione e sviluppo di procedure elaborative nel settore sanitario;

— manutenzione dei programmi per effetto di variazioni normative volta per volta verificatisi;

— gestione e manutenzione della rete di teletrasmissione dati tra Regione e Unità Sanitarie Locali e tra Regione e Ministero della Sanità.

c) gruppo di operatori tecnico-amministrativi U.S.L. che gestiscano operativamente le procedure impiantate.

d) Per lo studio di problemi di particolare rilievo scientifico e tecnico connessi all'attuazione del presente SIS, la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore all'Igiene e Sanità, può conferire incarichi di consulenza ad esperti particolarmente qualificati nella progettazione e nella gestione di Sistemi informativi.

Tale attività di consulenza coordinata dai responsabili dei SIS può avere per oggetto:

1) definizione di standard tecnico-operativi e di metodologie tecnico-gestionali da osservare nel processo di analisi di sviluppo e di gestione del SIS;

2) metodologie di controllo sotto il profilo tecnico delle forniture di servizi informatici;

3) l'elaborazione di studi di fattibilità sul piano tecnico-economico ed operativo, nonché la conduzione ed il controllo delle fasi di sviluppo di applicazioni informatiche di particolare complessità;

4) la messa a punto di modelli applicativi sperimentali finalizzati alla puntuale definizione dei problemi e delle esigenze della utenza regionale ed infraregionale attraverso una stretta interazione con le strutture utenti;

5) le metodologie di rilevazione ed elaborazione statistica dei dati;

6) l'analisi e la definizione, sotto il profilo organizzativo, dei problemi connessi all'attuazione del SIS.

RAPPORTI REGIONE UNIVERSITA'

La definizione di un rapporto organico con le Università sarde in quanto strumenti elettivi — istituzionalmente rilevanti — per la produzione di cultura e di scienza, per l'espletamento di specifiche attività didattiche, per contribuire alla qualificazione dell'intervento sanitario mediante il concorso delle proprie strutture tecniche e assistenziali, è di rilevante interesse per la Regione.

Pertanto il rapporto organico tra Regione ed Università Sarde non deve essere inteso come rivolto esclusivamente alle Facoltà Mediche; ma deve porre anche particolare attenzione al contributo che possono portare per la formazione professionale e per la programmazione e la gestione delle attività assistenziali le Facoltà di Farmacia, Veterinaria, Scienze, Giurisprudenza, Economia e Commercio, Ingegneria.

Ciò comporta l'allargamento delle relazioni Regioni-Università al complesso delle due Istituzioni senza che per queste ragioni venga meno la specificità del rapporto con le Facoltà di Medicina espressamente disciplinato dalla L. 833/1978. Ma l'apporto tecnico formativo-didattico e scientifico di altre Facoltà è assai rilevante e deve essere adeguatamente valorizzato.

Il modo concreto di estrinsecarsi di queste relazioni è assai articolato e, ha i suoi punti di forza nella convenzione quadro del quale sono firmatarie la Regione e le Università di Cagliari e di Sassari, e in specifiche convenzioni tra le quali sono da porre in risalto quelle derivanti dalle norme contenute nell'art. 39 della L. 833/1978.

La Regione, nel quadro dei principi di uniformità e di eguaglianza dei cittadini, esercita le sue prerogative istituzionali per la identificazione dei bisogni e per il loro soddisfacimento secondo le linee del presente piano. Si tratta di un ruolo, unitario e globale, il cui rispetto rimane inalterato nel rapporto con le Università sarde le quali, pur determinandosi ed operando sulla base delle rispettive autonomie, saranno comunque soggette ai criteri di indirizzo e di coordinamento che potranno riguradare anche i momenti di funzionalità globale. Queste esigenze attengono ai seguenti settori:

a) formazione, per quanto attiene i medici, gli altri laureati non medici, gli specialisti dei diversi settori, il personale tecnico e di assistenza non laureato;

b) ricerca sanitaria finalizzata, per quanto attiene al concorso alla predisposizione ed all'attuazione di un piano pluriennale di ricerche da finanziare con le risorse appositamente destinate a questo scopo nel Piano sanitario regionale;

c) attività sanitaria, per quanto attiene all'apporto nella rete sanitaria regionale delle strutture universitarie - tecniche e assistenziali con il relativo personale;

d) programmazione sanitaria, per quanto attiene al contributo alla elaborazione del Piano sanitario regionale e dei piani sanitari delle singole UU.SS.LL..

Per quanto riguarda i problemi della formazione dovranno tenersi in particolare conto le seguenti finalità:

— programmazione degli insegnamenti e dei rispettivi contenuti, nonché delle sedi stesse di insegnamento, in termini funzionali alla preparazione di operatori sanitari in grado di corrispondere positivamente alle esigenze della riforma sanitaria.

Per quanto riguarda specificatamente le Facoltà di Medicina si propone innanzitutto che la istituzione di nuove cattedre e insegnamenti avvenga non già come semplice risultanza degli attuali indirizzi di specializzazione del personale docente, ma scaturisca da un ampio dibattito sui requisiti tecnici e culturali che la società richiede ai nuovi medici. Tale dibattito, la cui sede propria è quella delle Facoltà di Medicina e dei loro organi decisionali, non potrà non aprirsi preliminarmente al confronto con le discipline delle altre facoltà interessate, oltre che con le diverse istanze politiche, culturali e sociali della Regione e in particolare con gli organismi della programmazione sanitaria.

I parametri di riferimento delle scelte didattiche e organizzative delle Facoltà mediche sono:
a) inscindibilità del rapporto tra didattica e ricerca.

A tal fine la Regione sottolinea l'esigenza di arricchire la formazione di base dei laureati in medicina in termini più ampi di quelli strettamente clinico-biologici finora dominanti (epidemiologia, ecologia, intervento sanitario sul territorio, organizzazione sanitaria, ecc.), inserendo nei corsi di laurea questi momenti formativi e informativi.

Il riconoscimento del valore formativo delle discipline biomediche e dell'importanza rivestita dalla ricerca di base come struttura portante di una didattica e di una preparazione professionale qualificata, e l'esigenza che la ricerca abbia una finalità sociale non si identificano con una verifica meccanica dell'utilizzabilità immediata dei temi della ricerca biomedica sul piano applicativo sanitario.

Il che consente un largo spazio di autonomia nella scelta e nello svolgimento dei tempi la cui validità sociale può essere esaltata dai seguenti fattori:

— ottimizzazione dell'uso delle risorse attraverso la definizione di un progetto globale dimensionato in base ad attenti studi di fattibilità;

— rapporto con la realtà sanitaria e sociale degli ospedali e dei presidi extra-ospedalieri in modo da trarne indicazioni di ricerca da sviluppare con il coinvolgimento delle strutture e degli operatori;

b) estensione della didattica clinica alle strutture ospedaliere.

L'insufficienza delle strutture didattiche impone a breve e medio termine l'utilizzo delle potenzialità didattiche di cui sono portatrici le strutture ospedaliere. Ciò tornerà a beneficio anche degli ospedali che riceveranno uno stimolo permanente alla qualificazione ed all'acquisizione di più elevati livelli scientifico-culturali che il rapporto con l'Università è senz'altro in grado di favorire.

Per il potenziamento di discipline ad alto valore specialistico sarà necessario evitare inutili duplicazioni di strutture didattiche e di ricerca che non potrebbero trovare adeguato riscontro assistenziale all'elevato impegno di uomini e attrezzature richiesto.

La programmazione diventa indispensabile per lo sviluppo delle scuole di specializzazione il cui tipo, numero e dimensioni andranno programmati in stretto accordo fra Regione e Università con riferimento alle esigenze sanitarie della Regione stessa. Per alcune specializzazioni è fortemente avvertita l'esigenza di un ampliamento del numero dei posti, favorendo l'utilizzazione degli ospedali come sedi di strutture e di competenze idonee ad integrarsi con quelle universitarie per la formazione degli specialisti, con particolare riguardo al problema dell'integrazione tra tempo di lavoro e tempo di studio, e studiando la praticabilità effettiva di interventi della Regione per incentivare con adeguati contributi finanziari l'orientamento dei medici verso le specializzazioni più necessarie. Un iniziale contributo in questa direzione è costituito dallo stanziamento di un miliardo previsto nella delibera della Giunta Regionale del 30.12.1981 per l'attivazione delle prime 125 borse di studio.

L'integrazione tra strutture universitarie e strutture ospedaliere rende obbligata la scelta di costituire Dipartimenti misti tra servizi universitari e servizi ospedalieri estesi, quando esistano le condizioni, ai servizi del territorio soprattutto in alcuni settori di intervento (medicina del lavoro, maternità e infanzia, psichiatria, ecc.). Ciò richiederà per il coordinamento e la programmazione delle attività comuni, la creazione di consigli di dipartimento.

La scelta del tempo pieno deve essere privilegiata e incentivata, ad esempio con possibilità di fruizione di momenti organizzativi e scientifici intellettualmente soddisfacenti e attraverso l'assegnazione preferenziale delle responsabilità assistenziali per gli universitari e delle funzioni didattiche per gli ospedalieri al personale medico che abbia operato tale scelta.

Qualora non sia previsto nel Piano sanitario regionale non è possibile far corrispondere ad ogni cattedra una specifica ed autonoma struttura assistenziale. Da ciò deriva l'esigenza di concordare preliminarmente le cattedre e gli insegnamenti che si intendono attivare (v. decreto interministeriale 24.6.1971 e L. 766 sulle misure urgenti per l'Università).

Realisticamente a tal fine si possono praticare due soluzioni:

— assegnare in direzione alle singole cattedre strutture assistenziali per quelle discipline che corrispondono a previsioni di Piano sempre che non preesistano autonome strutture assistenziali;

— per le discipline il cui corrispettivo assistenziale sia già espletato da altre strutture o per le quali il Piano non preveda una specifica autonoma dimensione assistenziale, le cattedre dovranno essere integrate in strutture assistenziali affini e già esistenti sia a direzione universitaria che a direzione ospedaliera. La struttura più idonea a tradurre in termini assistenziali convenienti questi situazioni appare l'istituto policattedra organizzato sul modello del dipartimento ospedaliero. In questa maniera le cattedre e gli insegnamenti che non abbiano una specifica struttura assistenziale corrispondente potrebbero far parte di una struttura assistenziale dipartimentale confacente alle previsioni di piano. Tutto ciò va fatto in accordo con la Regione e non può costituire l'occasione per la creazione ex novo negli organi ospedalieri di strutture a livello di divisione o di servizio speciale non previste dal piano.

Un'importanza particolare nel contesto di un rapporto organico di collaborazione tra la Regione e le Università sarde riveste il problema dello sviluppo dell'attività di ricerca sanitaria finalizzata. In questo specifico ambito occorre far fronte con sollecitudine alla domanda sociale di ricerca che emerge dalle situazioni di carenza dell'organizzazione sanitaria regionale e quindi della capacità attuale di soddisfare bisogni di salute talvolta assai complessi che rappresentano gravi motivi di rottura dell'equilibrio esistenziale per il confronto in atto, al crocevia dello sviluppo socio-economico e culturale dell'Isola, tra l'antico bagaglio di cultura e di tradizioni e le sollecitazioni che provengono da modelli complessivi di convivenza e di sviluppo in larga misura estranei anche nella presente situazione di movimento e di trasformazione.

Il problema della sviluppo organico di una qualificata attività di ricerca sanitaria può essere avviato a soluzione mediante la predisposizione di un programma pluriennale di lungo periodo (corrispondente almeno all'arco temporale di due Piani triennali) che ha preso avvio con il primo Piano sanitario regionale utilizzando i finanziamenti già disponibili per il 1980 e per il 1981.

Il programma deve riguardare i settori di primario interesse sanitario della Regione — quali la salute materno-infantile, la salute nell'ambiente di lavoro, la salute e il benessere sociale delle persone in difficoltà (anziani, handicappati, disadattati, tossicodipendenti, ecc.) interessati dal Piano con specifici progetti — ed estendersi in ambiti tecnici e scientifici di elevato contenuto culturale quali le nosologie prevalenti la medicina veterinaria la storia e la cultura sanitaria della popolazione, l'organizzazione di un sistema sanitario informativo e di osservazione epidemiologica, l'afficienza ed efficacia dei servizi e delle strutture.

Per la sua impostazione il programma deve quindi interessare un vasto arco di apporti scientifici e culturali che devono provenire dalle forze culturali sarde e nazionali.

La predisposizione del programma e la verifica della sua attuazione sarà affidata ad un apposito Comitato tecnico-scientifico presieduto dall'Assessore regionale all'Igiene e Sanità, al quale dovrà essere affidato anche il compito di coordinare l'intera attività di programmazione sanitaria, ma dovrà soprattutto essere la conclusione di un ampio impegno di partecipazione delle istituzioni scientifiche e culturali, delle comunità e delle forze sociali, degli operatori.

L'attuazione del programma è affidata alla predisposizione di progetti di ricerca da realizzare in forme dipartimentali che coinvolgano anche gli ambiti operativi territoriali e nel rispetto dell'apporto interdisciplinare. Lo strumento più adeguato dovrebbe essere quello delle convenzioni di ricerca che, in ambito universitario — anche con iniziative integrate tra le due Università — dovrebbero contenere impegni relativi al conseguimento dei dottorati di ricerca e, più in generale, alla formazione di ricercatori.

In fase di prima attuazione del programma, che comporta l'esigenza di una verifica delle iniziative in corso a qualunque titolo (CNR - Ministero della Pubblica Istruzione - altri Enti Pubblici, privati) e l'istituzione di un'anagrafe regoinale della ricerca già prevista nel protocollo d'intesa Regione-Università la Regione manifesta prioritario interesse per progetti che riguardino:

— il settore materno-infantile;

— la predisposizione di mappe di rischio, in particolare per quanto riguarda la nocività degli ambienti di lavoro; le attività che implichino detenzione, produzione, utilizzazione ed eliminazione di sostanze radioattive naturali o artificiali e di sorgenti radiogene di qualunque tipo; i settori nosologici prevalenti per quanto riguarda in particolare le malattie più diffuse e di rilevante interesse sociale;

— l'istituzione e il funzionamento di strumenti informativi con particolare riguardo per l'osservazione epidemiologica, la rilevazione l'elaborazione delle statistiche correnti, la programmazione di bilancio;

— la storia sanitaria della popolazione con particolare riguardo alle zone interessate da rilevanti fenomeni di trasformazione;

— lo stato del patrimonio edilizio utilizzato per attività sanitarie.

Per quanto riguarda l'apporto delle strutture universitarie alla rete sanitaria regionale, particolarmente rilevante per quella delle due Facoltà di Medicina, l'art. 39 della L. 833/1978 definisce i rapporti tra Regioni e Università relativamente alle attività del Servizio sanitario nazionale e sottolinea in due punti questi rappporti:

— il contributo nel settore assistenziale delle Facoltà di Medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria;

— l'utilizzazione da parte delle Facoltà di Medicina, per esigenze di ricerca e di insegnamento, di idonee strutture delle UU.SS.LL. e l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca delle Università.

E' noto, peraltro, che le Facoltà di Medicina della Sardegna si trovano ad affrontare una serie di problemi tra i quali meritano di essere sottolineati quelli relativi:

— all'incremento globale degli iscritti che in futuro potrà essere ridimensionato ed eventualmente controbilanciato sia a seguito del nuovo corso di laurea in odontoiatria, sia dall'impulso che nell'ambito di un necessario riordinamento dovranno avere le scuole di specializzazione, e sia della nuova realtà derivante dall'istituzione del dottorato di ricerche;

— alla più efficiente formazione professionale dei medici, e quindi anche al loro aggiornamento;

— alla partecipazione alla qualificazione ed aggiornamento del personale paramedico, la cui carenza rappresenta uno dei maggiori ostacoli alla realizzazione di un efficiente servizio sanitario.

L'attuale situazione delle due Facoltà di Medicina emerge dalle osservazioni che qui di seguito verranno svolte, da cui si evincono le carenze più significative esistenti a livello di strutture, di attrezzature, di corsi di insegnamento, di disponibilità di posti letto.

E' noto infatti come un certo numero di discipline non abbiano ancora le strutture indispensabili per garantire le prestazioni dei servizi didattici, di ricerca e di assistenza.

Ciò comporta fondamentalmente — ma la situazione deve essere esaminata, come sarà fatto più avanti, nello specifico delle singole facoltà — una razionalizzazione della distribuzione ed utilizzazione dei posti letto esistenti e una verifica tecnica, funzionale ed economica della convenienza ad utilizzare strutture egualmente esistenti ma attualmente inutilizzate o diversamente utilizzate. Può anche verificarsi l'oggettiva necessità di un aumento della dotazione di posti letto, ma a questa decisione occorre giungere nel rispetto di alcuni vincoli tra i quali acquistano rilevanza:

— quello che consegue all'applicazione degli indici di piano, i quali devono essere considerati come il limite massimo, nella presente situazione dell'organizzazione sanitaria della Sardegna, di espansione della rete complessiva dei presidi di degenza per puntare — attraverso la qualificazione dei servizi — a migliorarne la funzionalità e la stessa capacità recettiva intrinseca;

— quello della piena utilizzazione delle strutture esistenti esaltandone l'integrazione funzionale che deve riguardare non solo l'ambito della degenza (dipartimenti integrati Università/Ospedali per settori nosologici) ma anche l'attività sanitaria del territorio dipartimenti orizzontali).

Per quanto riguarda la Facoltà di Medicina della Università di Sassari si deve riconoscere l'opportunità che tutta l'attività della facoltà abbia la possibilità di estrinsecarsi all'interno di strutture pubbliche; all'uopo dovranno essere promosse le opportune iniziative tendenti al migliore uso delle strutture pubbliche esistenti destinate o destinabili al servizio sanitario, unitamente alle necessarie attrezzature.

Il superamento delle attuali carenze potrebbe infatti realizzarsi con la diversa sistemazione di reparti clinici attualmente allogati in edifici inidonei (Conti, S. Camillo, Case di Cura private, ecc.), nonché con il conferimento di un assetto idoneo ai servizi clinici indispensabili ai fini didattici e scientifci. E' in atto uno specifico progetto dell'Università che in ragionevole lasso di tempo lascia intravedere una congrua sistemazione di tutte le strutture. In tal contesto va considerata l'esigenza dell'istituzionalizzazione di servizi all'interno di Cliniche e Istituti Universitari, già convenzionati o da convenzionare, con compiti diagnostici e terapeutici anche di tipo ambulatoriale o di Day-Hospital che oltre ad assolvere ad un importante ruolo assistenziale, risultano indispensabili ai fini didattici e scientifici.

La sistemazione definitiva della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Cagliari è legata alla realizzazione di un complesso organico che ospiti sia i servizi clinici che quelli biologici, di cui è stata avviata la realizzazione nell'area di Monserrato e che prevede la sistemazione delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali e Farmacia.

In questo complesso trovevanno sistemazione razionale le strutture ed i servizi universitari attualmente citati in questo Piano Sanitario Regionale, senza che questo modifichi il numero dei posti-letto e gli indici di piano stabilito dal Piano Sanitario Regionale stesso.

In attesa della entrata in funzione di questo complesso, come soluzione transitoria, e necessario che venga osservato il mantenimento e miglioramento strutturale e funzionale dell'attuale situazione esistente o programmata sia per le Cliniche che per gli Istituti Biologici, sia in sistema di gestione autonoma che di convenzione con le UU.SS.LL. 20 e 21, come specificatamente detto nel presente Piano Sanitario Regionale nei vari capitoli.

FINANZIAMENTO DEL PIANO

L'impostazione data al Fondo Sanitario Nazionale (F.S.N.) articola l'entità dello stesso in tre grandi direttrici di intervento:

a) quota indistinta destinata al finanziamento delle spese di parte corrente;

b) quota vincolata destinata al finanziamento di attività innovative;

c) quota destinata al finanziamento delle spese in conto capitale.

L'ammontare di risorse attribuite a ciascuno dei citati campi di intervento avrebbe dovuto essere ulteriormente ripartito tra le Regioni sulla base di criteri che, in armonia con le indicazioni della legge di riforma, tendessero a perseguire effetti di riequilibrio territoriale sia in termini di distribuzione delle risorse, sia in termini di livello delle prestazioni sanitarie.

Purtroppo devesi constatare che a tutto il 1983, è provvisoriamente anche per il 1984, a livello centrale non sono stati ancora individuati obiettivi parametri di riparto tra le Regioni per cui l'entità del Fondo Sanitario Nazionale destinata al finanziamento della spesa sanitaria di parte corrente viene ripartito sulla base di criteri «provvisori» influenzati dalla spesa storica, anche se di anno in anno aggiornata.

Per il triennio 1983-1985 il criterio è risultato il seguente:

— *Anno 1983:*

a) attribuzione di alcune quote di finanziamento relative a funzioni la cui spesa è strettamente correlata al numero dei soggetti assistiti (es. medico-generica), sulla base del parametro popolazione;

b) ripartizione dell'ulteriore quota sulla base del seguente rapporto:

— 20 per cento per parametro popolazione;

— 80 per cento per parametro spesa storica 1981.

— *Anno 1984:*

Per le difficoltà di applicazione emerse in sede di attuazione dei criteri di riparto previsti all'articolo 27 della legge 26 dicembre 1983, n. 730 (Legge finanziaria 1984), l'assegnazione alla Regione è avvenuta con gli stessi criteri adottati per il 1983, attribuendo però l'80 per cento della quota di cui al punto b) in relazione alla spesa storica 1982 come desunta dai rendiconti di tale esercizio.

Le sopraevidenziate sperequazioni derivanti dall'aver ancorato l'assegnazione delle risorse quasi esclusivamente alla spesa storica, unita alle deficienze obiettive ascrivibili alla sottostima dell'entità del Fondo Sanitario Nazionale hanno ulteriormente penalizzato quelle regioni, e tra queste la Sardegna, che risultano storicamente carenti di strutture e di servizi, e, quindi, sotto media in termini di offerte di prestazioni.

— *Anno 1985:*

La quota del Fondo Sanitario Nazionale 1985 assegnata alla Regione Sardegna per il finanziamento della spesa sanitaria di parte corrente ammonta a lire 1.023 miliardi, cui debbono sommarsi le ulteriori quote destinate ad impieghi innovativi e finalizzati, ancora da ripartire, stimati in via presuntiva in lire 13 miliardi.

Come è noto, il governo della spesa sanitaria di parte corrente passa anche attraverso la determinazione di parametri obiettivi di riparto delle risorse disponibili sia a livello Stato-Regioni sia a livello Regione-Unità Sanitarie Locali.

Un primo risultato è stato ottenuto con la fissazione in legge (art. 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887 - legge finanziaria 1985) di tali principi.

Per il 1985 la Giunta ha provveduto a ripartire alle Unità Sanitaria Locali sulla base delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale oggi disponibili un ammontare di lire 998 miliardi garantendo a ciascuna Unità Sanitaria Locale la quota di spesa sostenuta nel 1984, maggiorata del tasso di inflazione programmato del 7 per cento.

Così operando si è conseguito il risultato di mantenere invariato il valore di acquisto delle risorse impiegate per conservare i livelli di spesa in atto nel 1984.

Ma attraverso la quota mantenuta a riserva (oltre 22 miliardi) le quote a destinazione finalizzata (si ritiene

possano essere anche superiori ai 13 miliardi previsti) e le altre quote ancora da ripartire in campo nazionale (Fondo di sviluppo, piani triennali starordinari, etc.), si opererà con la dovuta gradualità per avviare la realizzazione delle indicazioni contenute nel Piano.

Nel prosieguo dell'esposizione, in sede di illustrazione del rispettivo comparto finanziario, con opportune tabelle si farà analitico riferimento alla composizione della quota di finanziamento attribuita alla Regione Sarda per ciascuno degli anni interessati dal Piano.

A) QUOTA DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE DESTINATA AL FINANZIAMENTO DELLA SPESA DI PARTE CORRENTE

Nella tabella n. 1 viene riportata, con disaggregazione a livello di ciascuna funzione, la spesa complessiva registrata o prevista nel territorio della Regione, contrapposta alle quote del Fondo Sanitario Nazionale attribuite alla Sardegna per la specifica destinazione in ciascuno degli anni 1983-1984 e 1985.

Inoltre, per ciascuna funzione di spesa e limitatamente all'anno 1983 che espone dati di consuntivo, si è ritenuto significativo determinare l'indice percentuale di comportamento della stessa in relazione alla spesa sanitaria complessiva registrata nel territorio regionale, accostando poi il valore così ottenuto a quello analogo riscontrato a livello nazionale.

L'analisi per funzioni come rappresentata nella citata tabella che rispecchia quella analoga seguita dal Ministero della sanità e del tesoro in sede di determinazione del Fondo Sanitario Nazionale per il triennio 1983 1985, pone la necessità di esporre, anche se succintamente, i contenuti di maggior rilievo che le caratterizza singolarmente.

TABELLA N. 1

PIANO SANITARIO REGIONALE 1983-1985

Previsioni di spesa per il triennio 1983-1985 ed assegnazioni sul Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente.

(in milioni di lire)

FUNZIONI DI SPESA	1983	% Sardegna	% Italia	1984 (1)	1985 (1)	SPESA COMPLESSIVA NEL TRIENNIO
1 - Personale dipendente	392.488	44,86	42,58	445.685	476.883	1.315.056
2 - Beni e servizi	153.684	17,56	16,07	170.314	182.236	506.234
3 - Ospedaliera convenz.	65.532	7,49	9,71	71.646	76.661	213.839
4 - Convenz. medicina generale	74.474	8,51	7,38	80.766	86.420	241.660
5 - Convenz. special. interna	7.624	0,87	1.09	8.650	9.256	25.530
6 - Convenz. special. esterna	28.478	3,25	3,73	27.070	27.070	82.618
7 - Farmaceutica	127.076	14,52	16,04	142.554	152.533	422.163
8 - Altre prestazioni sanitarie	16.513	1,89	2,28	14.724	15.755	46.992
9 - Rate mutui e interessi	4.325	0,50	0,67	3.365	3.601	11.291
10 - Spese finalizzate	4.779	0,55	0,45	12.811	12.811	30.401
Totale Lordo	874.973	100,00	100,00	977.585	1.043.226	2.895.784
11 - Entrate proprie	62.517(2)	7,15	3,12	27.445	29.421	119.383
Totale Netto	812.456	92,85	96,88	950.140	1.013.805	2.776.401
Quota fondo sanitario assegn.	740.019	84,57	86,61	881.903	1.036.067(6)	2.657.989
Disavanzo da ripianare e riserva	72.437	8,28(3)	10,27	68.237(4)	22.262(5)	140.674 (Disavanzo 83 e 84) 22.262 (Riserva 1985)

---

(1) Valori stimati.

(2) Comprese lire 33,7 miliardi riassegnati ai sensi dell'articolo 26, penultimo comma, della L. 730/83.

(3) Il disavanzo complessivo al 31.12.1983 è stato assunto dallo Stato (art. 26, L. 730/83).

(4) La copertura della differenza tra spesa sanitaria e finanziamento 1984 viene assicurata con operazioni di mutuo ai sensi della L. 733/84.

(5) Quota mantenuta a riserva ai sensi dell'articolo 51, della L. 833/78.

(6) Assegnazione complessiva sul Fondo Sanitario Nazionale 1985 (1.023.256 + 12.811).

a. 1 - Personale dipendente

La spesa complessivamente registrata nel corso del 1983 comprende le retribuzioni, fisse ed accessorie nonché gli oneri sociali a carico delle amministrazioni, corrisposte a tutto il personale dipendente, appartenente al ruolo sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

La programmazione della spesa corrente per i costi del personale del Servizio sanitario regionale dovrà scaturire da una attenta verifica, da parte dell'Assessorato all'igiene e sanità, del rapporto costi-benefici in sede di istituzione di nuovi servizi e di trasformazione o adeguamento di quelli esistenti.

Se si accostano, in termini di relazione, i valori assoluti di spesa registrati nella specifica funzione, a livello regionale ed a livello nazionale, con quelli rappresentanti la relativa spesa complessiva, si osservano i seguenti rapporti percentuali:

$$\frac{\text{Costo a.1 Sardegna}}{\text{Spesa S.S. Regionale}} = \frac{1983}{44{,}86\%}$$

$$\frac{\text{Costo a.1 Italia}}{\text{Spesa S.S. Nazionale}} = \frac{1983}{42{,}58\%}$$

a. 2 - Beni e servizi

Comprende la spesa sostenuta per l'acquisizione di beni di consumo, medicinali, generi alimentari, etc., nonché di servizi resi da terzi, quali utenze, manutenzioni ordinarie, etc..

Gli accostamenti dei valori assoluti riscontrati per il biennio considerato danno i seguenti indici:

$$\frac{\text{Costo a.2 Sardegna}}{\text{Spesa S.S. Regionale}} = \frac{1983}{17{,}56\%}$$

$$\frac{\text{Costo a.2 Italia}}{\text{Spesa S.S. Nazionale}} = \frac{1983}{16.07\%}$$

a. 3 - Ospedaliera convenzionata

Attiene all'ampio campo dell'assistenza ospedaliera erogata in regime di ricovero presso strutture pubbliche (Cliniche ed Istituti universitari a gestione diretta, nonché Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) e private (Case di cura) convenzionati.

In essa è ricompresa anche la spesa per il ricovero degli invalidi civili, nonché quella relativa ai rimborsi per l'assistenza ospedaliera erogata in forma diretta.

I vari rapporti di comparazione con le altre entità della spesa sanitaria pongono in evidenza le seguenti percentuali:

$$\frac{\text{Costo a.3 Sardegna}}{\text{Spese S.S. Regionale}} = \frac{1983}{7{,}49\%}$$

$$\frac{\text{Costo a.3 Italia}}{\text{Spesa S.S. Nazionale}} = \frac{1983}{9{,}71\%}$$

a. 4 - Convenzione Medicina Generale

Comprende la spesa relativa alla gestione della convenzione unica nazionale per la medicina generica e pediatrica, ivi compresi gli oneri afferenti il servizio di guardia medica (notturna, festiva e turistica).

In termini percentuali i rapporti che derivano dagli accostamenti con le altre entità della spesa sanitaria sono i seguenti:

$$\frac{\text{Costo a.4 Sardegna}}{\text{Spesa S.S. Regionale}} = \frac{1983}{8{,}51\%}$$

$$\frac{\text{Costo a.4 Italia}}{\text{Spesa S.S. Nazionale}} = \frac{1983}{7{,}38\%}$$

a. 5 - Convenzionata specialistica ambulatoriale interna

Comprende esclusivamente i compensi spettanti agli specialisti convenzionati in servizio presso le strutture.

Anche per questa funzione si riportano di seguito i valori percentuali di rapporto rispetto alle altre entità della spesa sanitaria:

$$\frac{\text{Costo a.5 Sardegna}}{\text{Spesa S.S. Regionale}} = \frac{1983}{0{,}87\%}$$

$$\frac{\text{Costo a.5 Italia}}{\text{Spesa S.S. Nazionale}} = \frac{1983}{1{,}09\%}$$

a. 6 - Convenzionata specialistica esterna

Considera le spese relative alle prestazioni specialistiche efettuate presso ambulatori privati convenzionati. Esse riconmprendono sia quelle concernenti l'assistenza medico-specialistica, sia quelle per prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Accostando le entità riferite a questa funzione con gli altri valori della spesa sanitaria si ottengono i seguenti rapporti:

$$\frac{\text{Costo a.6 Sardegna}}{\text{Spesa S.S. Regionale}} = \frac{1983}{3{,}25\%}$$

$$\frac{\text{Costo a.6 Italia}}{\text{Spesa S.S. Nazionale}} = \frac{1983}{3{,}73\%}$$

a. 7 - Assistenza farmaceutica

Trattasi del finanziamento destinato alla copertura degli oneri derivanti dalle prestazioni farmaceutiche erogate sulla base dell'accordo nazionale che disciplina i rapporti con le farmacie.
Il costo rappresentato è al netto del ticket corrisposto dagli assistiti.

In termini percentuali i rapporti che derivano dagli accostamenti con le altre entità della spesa sanitaria sono i seguenti:

		1983
Costo a.7 Sardegna / Spesa S.S. Regionale	=	14,52%
Costo a.7 Italia / Spesa S.S. Nazionale	=	16,04%

a. 8 - Altre spese sanitarie

Trattasi di funzione di spesa residuale che comprende una serie di prestazioni sanitarie erogate verso particolari categorie di cittadini quali la assistenza protesica agli invalidi civili, le cure idroterminali, i sussidi agli hanseniani, etc.

I rapporti di accostamento con le altre entità della spesa sanitaria danno i seguenti valori:

		1983
Costo a.8 Sardegna / Spesa S.S. Regionale	=	1,89%
Costo a.8 Italia / Spesa S.S. Nazionale	=	2,28%

a. 9 - Rate, mutui, interessi e trasferimenti

La spesa connessa a tale funzione è quasi interamente ascrivibile all'onere per interessi passivi gravanti su rate di ammortamento mutui assunti a suo tempo dagli enti sanitari ora disciolti, nonché ad interessi passivi per ritardato pagamento di forniture e contributi.

Essa inoltre considera anche i trasferimenti che riguardano somme riscosse quali contro prestazioni di servizi resi a pagamento, nonché entrate derivanti da impiego di fattori produttivi (es. interessi attivi su giacenze di cassa) che, al netto delle spese dirette, devono essere versate al Bilancio dello Stato ai sensi dell'articolo 69 della legge n. 833/78.

I rapporti percentuali sono così rappresentati:

		1983
Costo a.9 Sardegna / Spesa S.S. Regionale	=	0,50%
Costo a.9 Italia / Spesa S.S. Nazionale	=	0,67%

a.10 - Spese finalizzate

Come meglio viene esplicitato nella successiva tabella n. 2 e nel paragrafo relativo al «Finanziamento di attività innovative», la spesa specifica esposta rappresenta la fase di concreta attuazione del programma 1983 realizzato nel corso del 1983 e previsto per gli anni 1984/85 dalle Unità Sanitarie Locali sulla base delle somme trasferite a quel titolo nel corso di ciascun esercizio.

In termini relativi con le altre grandezze di spesa, regionle e nazionale, dette spese sono così rappresentabili:

		1983
Costo a.10 Sardegna / Spesa S.S. Regionale	=	0,55%
Costo a.10 Italia / Spesa S.S. Nazionale	=	0,45%

B) FINANZIAMENTI DI ATTIVITA' INNOVATIVE

Le risorse disponibili per interventi innovativi sono destinate al finanziamento di attività che hanno una priorità nell'ordinario svolgimento del servizio sanitario in quanto investono problemi di salute particolarmente rilevanti o sviluppano attività specifiche che nella proposta di piano sono stati individuati quali strumenti della programmazione.

Si tratta in particolare del finanziamento dei progetti obiettivo, delle attività di formazione professionale, della educazione sanitaria e della ricerca finalizzata.

L'utilizzazione di queste risorse è da considerare vincolata, secondo le disposizioni contenute nei provvedimenti di assegnazione, sulla base di progetti finalizzati individuati nel piano.

I programmi già finanziati fino al 1982 costituiscono «tranches» di iniziative a sviluppo pluriennale, per cui nel corso della durata del piano è necessario garantire una continuità realizzativa, unitamente a nuovi interventi finalizzati.

A questo fine sarà destinato, per ciascuno degli anni 1983, 1984 (tenuto conto delle determinazioni di modifica e di rinvio in sede di approvazione da parte del Consiglio Sanitario Nazionale), una dotazione rispettivamente di 5,9 miliardi di lire, per il 1983, di lire 12,811 miliardi , per l'esercizio 1984 e identico importo per il 1985 quale previsione in attesa del riparto a livello nazionale (vedasi tabella n. 2).

C) SPESE IN CONTO CAPITALE (Vedasi tabella n. 3)

Le risorse disponibili in questo comparto del Fondo Sanitario Regionale sono destinate, in base alle disposizioni della legge 833/1978 ed alle indicazioni contenute nella legge 22.12.1984, n. 887, al finanziamento di interventi rivolti a:

— potenziamento, manutenzione straordinaria e rinnovo edilizio e tecnologico delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere;

— attivazione di strutture extraospedaliere.

Risultando il complesso delle disponibilità incrementato anche da risorse di provenienza diretta della Regione, è possibile provvedere anche al finanziamento necessario per il completamento di alcune opere in corso, prevalentemente di tipo ospedaliero.

Per il 1983 le risorse disponibili sono costituite da:

— L. 14.596.000.000 provenienti dal F.S.N.

— L. 29.000.000.000 provenienti da fondi regionali

L. 43.596.000.000 in complesso

e risultano utilizzate per:

— interventi edilizi su impianti e strutture sanitarie programmati d'intesa con l'Assessorato dei lavori pubblici

L. 23.500.000.000

— Manutenzioni straordinarie, rinnovi ed adeguamenti tecnologici di attrezzature e apparecchiature

L. 20.096.000.000

Totale L. 43.596.000.000

Nel 1984 le risorse ifnanziarie disponibili sulle due fonti di finanziamento statale e regionale, risultano, complessivamente, di entità pari a quelle dell'esercizio 1983, anche se ad un incremento della quota del F.S.N. fa riscontro una corrispondente contrazione delle risorse a carico del bilancio regionale.

Con programmi specifici approvati dalla Giunta nel corso del 1984 le risorse in argomento sono state destinate come segue:

— interventi edilizi su impianti e strutture sanitarie programmati d'intesa con l'Assessorato dei lavori pubblici

L. 20.000.000.000

— Manutenzioni straordinarie, rinnovi ed adeguamenti tecnologici di attrezzature e apparecchiature

L. 23.771.000.000

Totale L. 43.771.000.000

Nel 1985, alla Regione, sulla quota del F.S.N. destinata alle spese in conto capitale, è stata attribuita a titolo provvisorio la somma di lire 24.760 milioni (delibera CIPE del 3.8.1984) per interventi di manutenzione, innovazione e trasformazione.

Sulla base del programma già approvato dalla Giunta regionale per gli investimenti in conto capitale 1983-1986, conformemente alle disposizioni della legge finanziaria 1985, tenendo conto sia delle risorse finanziarie che verranno definitivamente assegnate che degli eventuali vincoli e modalità di spendità determinati dal CIPE, verrà elaborato il progetto per l'esercizio 1985.

Ulteriore programma verrà predisposto altresì per l'utilizzo dei fondi derivanti dal bilancio della Regione e destinati al rinnovo tecnologico.

Per quanto riguarda infine gli interventi nel campo immobiliare a valere sui fondi regionali — lire 15.000 milioni, stanziati sul capitolo 08070-01 del bilancio regionale 1985, rubrica Assessorato dei lavori pubblici — con apposito programma si individueranno gli interventi ritenuti prioritari e coerenti con gli indirizzi del piano, fatta salva l'esigenza di assicurare continuità e compimento agli interventi in atto.

TABELLA N. 2

PIANO SANITARIO REGIONALE 1983-1985

Quadro delle risorse assegnate nel triennio sul Fondo Sanitario Nazionale destinato ad impieghi di attività innovative.

SETTORI DI INTERVENTO	1983	1984	1985
	(in milioni di lire)		
PROGETTI OBIETTIVO	1.300	1.350	
— Salute materno infantile	1.300	1.350	
— Prevenzione nocività ambiente di lavoro	—	—	
— Benessere sociale e sanitario degli anziani	—	—	
FORMAZIONE PROFESSIONALE	2.000	9.177	
— Attuazione di programmi di riqualificazione straordinaria e recupero culturale ai sensi della legge 243/1980	—	2.818	
— Concessione borse di studio frequenza scuole di specializzazione Università di Cagliari e Sassari	2 000	1.597	
— Progetti di formazione professionale anche a parziale finanziamento CEE e di aggiornamento professionale	—	4.762	
EDUCAZIONE SANITARIA	1.000	249	
RICERCA SANITARIA FINALIZZATA	1.600	2.035	
— Area delle patologie ad alta incidenza regionale	338,3	—	
— Medicina sociale	110,0	—	
— Programmazione sanitaria	50,0	—	
— Area delle patologie ad alta incidenza nosologica generale	1.035,3	—	
— Medicina veterinaria	66,4	—	
SOMME A DISPOSIZIONE	5.900	12.811	12.811 (1) (2)

TABELLA N. 3

PIANO SANITARIO REGIONALE 1983-1985

Quadro delle risorse disponibili nel triennio a valere sulla quota del Fondo Sanitario Nazionale CONTO CAPITALE e sui fondi del bilancio regionale.

FONDI DI FINANZIAMENTO E SETTORI DI INTERVENTO	1983	1984	1985
	(in milioni di lire)		
Fondo Sanitario Nazionale	14.596	16.571	24.760
Fondi Regionali	29.000	27.200	23.800
	—	—	
Di provenienza da altri esercizi	(3)	(4)	(5)
TOTALE	43.596	43.771	48.560

(1) Valore presunto.

(2) L'analitica individuazione degli interventi da finaziare per il 1985 è subordinata alle valutazioni della Commissione finanziaria istituita a livello centrale con decreto del Ministero della sanità del 6.8.1981.

(3) di cui lire 5,5 miliardi sul capitolo 12172 della rubrica Igiene e Sanità per contributi pe rapparecchiature, escluse le opere di edilizia e lire 23,5 miliardi sul capitolo 08070/01 della rubrica Lavori pubblici per opere di edilizia sanitaria.

(4) di cui lire 7,2 miliardi sui capitoli 12011 e 12172 della rubrica Igiene e Sanità e lire 20 miliardi sul capitolo 08070/01 della rubrica Lavori pubblici.

(5) di cui lire 8,8 miliardi sui capitoli 12011 e 12172 del bilancio regionale - rubrica Assessorato Igiene e Sanità e lire 15 miliardi sul capitolo 08070/01 - rubrica Lavori pubblici.

(4160)

LEGGE REGIONALE 8 maggio 1985, n. 11.

Nuove norme per le provvidenze a favore dei nefropatici.

(Pubblicata nel Bollettino ufficiale *della Regione Sardegna n. 24 del 29 maggio 1985)*

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

Art. 1

Oggetto

La Regione autonoma della Sardegna è autorizzata a concedere ai cittadini nefropatici, residenti in Sardegna e sottoposti a trattamento dialitico, sussidi:

— sotto forma di assegno mensile;

— a titolo di rimborso delle spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno, nei casi in cui il trattamento di dialisi sia effettuato necessariamente presso presidi di dialisi nell'ambito ospedaliero, extra ospedaliero e domiciliare ubicati in comuni diversi dal comune o frazione di residenza dei nefropatici;

— sotto forma di contributo ai nefropatici che si sottopongano ad intervento di trapianto renale, oltre al rimborso delle spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno sostenute dai nefropatici per raggiungere il centro ove si esegue la tipizzazione e/o l'intervento;

— sotto forma di contributi forfettari per le spese di approntamento dei locali per il trattamento dialitico, per le spese di consumo di energia elettrica, di acqua e di consumo telefonico, sostenute dai nefropatici sottoposti al trattamento dialitico domiciliare di cui alla legge regionale 5 novembre 1976, n. 52, e per le prestazioni dell'assistente di dialisi.

Art. 2

Modalità di erogazione dei sussidi

Le domande tese all'ottenimento dei sussidi previsti dalla presente legge, redatte in carta semplice, devono essere indirizzate ai sindaco del comune di residenza del nefropatico, corredate della documentazione occorrente in base alla natura di ciascun sussidio come indicato nei successivi articoli.

Il sindaco o il suo delegato, accertato il diritto del nefropatico ad ottenere il sussidio richiesto e determinatane la misura in base alle disposizioni di cui ai successivi articoli, provvede all'erogazione del sussidio stesso, per conto dell'Amministrazione regionale per la quale provvede alla costituzione, presso ciascun comune di residenza dei nefropatici di un apposito fondo con destinazione vincolata di cui al successivo articolo 18.

Art. 3

Certificazione di regolarità di trattamento

E' condizione, per il godimento dell'assegno mensile di cui all'articolo 1 della presente legge, il sottoporsi, con la regolarità che la propria affezione richiede, alle prestazioni sanitarie specifiche presso un presidio di dialisi ospedaliera, extra-ospedaliera o domiciliare, o presso un reparto di nefrologia o urologia ospedaliera o universitaria.

Il sanitario responsabile del presidio di dialisi, o il suo sostituto, il quale ha fornito le prestazioni di cui al primo comma, è tenuto a rilasciare una certificazione attestante la regolarità di trattamento ai nefropatici che ne facciano richiesta.

Art. 4

Assegno mensile

L'assegno mensile è concesso ai nefropatici e ai trapiantati per i due anni successivi al trapianto il cui reddito, riferito alla composizione del nucleo familiare ed al netto delle ritenute di legge, non superi le seguenti misure annue:

a) L. 12.000.000, per nucleo familiare fino a due persone;

b) L. 16.000.000, per nucleo familiare fino a quattro persone;

c) L. 20.000.000 per nucleo familiare oltre quattro persone.

Per nucleo familiare, ai fini della presente legge, deve intendersi:

— nel caso di nefropatico coniugato, quello costituito dal nefropatico stesso e, se conviventi, dal coniuge e dai figli in base alle norme vigenti;

— nel caso di nefropatico minorenne celibe o nubile, quello costituito dal nefropatico stesso e, se conviventi, dai genitori e dai fratelli che risultino a carico del capo famiglia in base alle norme vigenti;

— nel caso di nefropatico maggiorenne celibe o nubile, quello composto dal solo nefropatico, ancorché convivente con altri familiari.

Ai fini del presente articolo, il reddito netto annuo, riferibile al nefropatico, è quello derivante da prestazioni di lavoro autonomo o dipendente, da compartecipazioni ad utili societari, da pensioni e da rendite immobiliari del nefropatico stesso, del coniuge e dei figli minori conviventi nel caso di nefropatico coniu-

gato: del nefropatico stesso, dei genitori e dei fratelli minori che risultino a carico del capo famiglia, nel caso di nefropatico minorenne celibe o nubile; del solo nefropatico, ancorché convivente con altri familiari, nel caso di nefropatico maggiorenne celibe o nubile.

La misura dell'assegno mensile è così determinato:

a) lire 300.000, ai nefropatici con reddito netto effettivo annuo superiore a lire 5.000.000;

b) lire 200.000, ai nefropatici compresi nelle fasce di reddito di cui alle lettere a), b), c) e d) del primo comma del presente articolo.

Art. 5

Domanda per l'assegno mensile

Gli interessati che si trovano nelle condizioni previste dalla presente legge dovranno, per il riconoscimento del diritto all'assegno mensile di assistenza e per il suo ottenimento, allegare alla domanda di cui all'articolo 2 della presente legge, i seguenti documenti in carta libera:

a) certificato di nascita;

b) certificato di residenza e stato di famiglia in data non anteriore a tre mesi da quello della domanda;

c) certificato medico attestante lo status di nefropatico sottoposto a regolare trattamento dialitico, rilasciato ai sensi dell'articolo 3 della presente legge;

d) certificato rilasciato dal competente ufficio distrettuale delle imposte dirette, attestante il reddito complessivo netto annuo del nucleo familiare sulla base dell'ultima denuncia presentata ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), sia in caso di dichiarazione congiunta che in caso di dichiarazione separata; o la relativa dichiarazione sostitutiva resa sotto la personale responsabilità del richiedente nelle forme di legge e corredata dai modelli di reddito ufficiale; ovvero ogni altra documentazione attestante lo stato di bisogno rilasciata dagli organi competenti ai sensi di legge;

e) dichiarazione sostitutiva, resa nelle forme di legge, da cui risulti per il richiedente l'insussistenza del diritto a rimborsi per lo stesso titolo da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali.

Art. 6

Rimborso delle spese di viaggio, trasporto e soggiorno

I rimborsi delle spese di viaggio, di trasporto e di soggiorno sostenute per il trattamento di dialisi sono concessi ai nefropatici che non abbiano diritto a rimborsi, per lo stesso titolo, da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali.

Il rimborso delle spese di viaggio e di trasporto è corrisposto:

— nella misura del cento per cento del costo del biglietto di viaggio sui mezzi pubblici, ovvero nella misura par a un 1/5 del costo di un lt. di benzina super a chilometro per l'uso dell'automezzo privato, ai nefropatici che si recano in comuni della Sardegna diversi dal comune o frazione di residenza per l'effettuazione del trattamento dialitico;

— nella misura del cento per cento del costo del biglietto di viaggio sui mezzi pubblici ai nefropatici, anche per l'accompagnatore la cui necessità risulta da attestazione sanitaria, che si recano fuori della Sardegna, per mancanza di posti rene nell'Isola, per l'effettuazione del trattamento dialitico. Sono rimborsabili, in pari misura, le spese di viaggio sostenute per trasferimenti da un centro di dialisi ad altri della Penisola.

Sono escluse da rimborso le spese di viaggio da e per la Sardegna, e per trasferimenti da un centro di dialisi ad un altro, che non risultino connesse al trattamento dialitico presso un centro di dialisi della Penisola.

Il rimborso delle spese di soggiorno è corrisposto:

a) nella misura di L. 10.000, per ogni giorno di dialisi, ai nefropatici che si recano presso presidi di trattamento dialitico ubicati in Sardegna, distanti almeno 15 chilometri dal comune o frazione di residenza;

b) nella misura di L. 20.000, per ogni giorno di dialisi,, ai nefropatici che si recano presso presidi di trattamento dialitico ubicati in Sardegna, distanti da 30 a 90 chilometri dal comune o frazione di residenza;

c) nella misura di L. 30.000, per ogni giorno di dialisi, ai nefropatici che necessitano di recarsi presso presidi di trattamento dialitico ubicati in Sardegna, distanti oltre 90 chilometri dal comune o frazione di residenza;

d) nella misura di L. 40.000, per ogni giorno di dialisi ai nefropatici che si recano presso presidi di trattamento dialitico ubicati fuori della Sardegna.

Nei casi in cui il nefropatico abbia necessità dell'accompagnatore, sulla base di apposita attestazione rilasciata dal responsabile del presidio di dialisi, o da un suo sostituto, competente per territorio, l'importo dell'indennità di soggiorno di cui alle lettere a), b), c) e d) del precedente comma è maggiorato del 50 per cento

Il rimborso delle spese di soggiorno non viene corrisposto al paziente nel caso il trattamento dialitico sia effettuato in regime di ricovero presso il presidio, per tutta la durata del ricovero stesso.

Ai fini della corresponsione del rimborso delle spese di soggiorno si computano come giornate:

— i giorni nei quali si effettua il trattamento dialitico ambulatoriale, ovvero il controllo periodico, presso un presidio di dialisi ubicato in Sardegna, dei nefropatici in trattamento dialitico domiciliare o peritoneale;

— i periodi di permanenza dei nefropatici nel comune sede del presidio di dialisi ove essi effettuano il trattamento. Vengono computati come giornata anche i giorni intermedi tra le sedute di dialisi, qualora i nefropatici non effettuino il rientro a domicilio lo stesso giorno del trattamento, sulla base di certificazione medica rilasciata dal responsabile del presidio di dialisi o da un suo sostituto che lo sconsigliano per le sue condizioni di salute;

— i giorni di effettuazione del trattamento dialitico e quelli intermedi, per i nefropatici che effettuano il trattamento presso centri di dialisi ubicati fuori della Sardegna.

Sono esclusi dai benefici previsti dal presente articolo i nefropatici che rifiutano di sottoporsi al trattamento dialitico presso il presidio di dialisi più vicino al comune o frazione di residenza.

Art. 7

Domanda per il rimborso delle spese di viaggio, trasporto e soggiorno

Gli interessati che si trovano nelle condizioni previste dalla presente legge dovranno, per il riconoscimento del diritto al rimborso delle spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno in relazione all'effettuazione della dialisi e per il suo ottenimento, allegare alla domanda di cui al precedente articolo 2, oltre ai documenti indicati alle lettere a), b), c), d) ed e) dell'articolo 5, e solo se questi non sono già stati presentati allo stesso titolo ivi considerato, anche:

1) la documentazione delle spese di viaggio sostenute (biglietti di viaggio su mezzi pubblici) o la dichiarazione di avere usufruito di autovetture private con specificazione del tipo di autovettura, dell'itinerario, dei chilometri percorsi, del propiretario e del numero di targa dell'autovettura stessa; nel caso che il proprietario dell'autovettura sia persona diversa dal richiedente, tale dichiarazione deve essere avallata dalla persona indicata come proprietario. Il rimborso chilometrico si intende calcolato sulla distanza minima esistente tra il comune o frazione di residenza e quello dove è ubicato il presidio di dialisi presso il quale deve essere effettuato il trattamento in base alla rete viaria statale e/o provinciale di collegamento;

2) certificazione, rilasciata dal sanitario responsabile del presidio di dialisi o da un suo sostituto, che ha fornito le prestazioni, attestante la durata del trattamento e la non costanza dello stesso con il regime di ricovero;

3) attestazione sanitaria da cui risulti la necessità dell'accompagnatore per il nefropatico che deve effettuare o che ha effettuato la dialisi.

Art. 8

Lista di prenotazione dei posti rene

Ciascun Centro di dialisi ospedaliera ed extraospedaliera, con esclusione di quella domiciliare, tengono costantemente aggiornata la lista di prenotazione dei posti rene e vi si attengono rigorosamente nell'accettazione dei pazienti, seguendo l'ordine cronologico di prenotazione il quale è dato dal giorno di inizio del trattamento dialitico.

Art. 9

Contributo per interventi di trapianto renale

Il contributo per gli interventi di trapianto renale è concesso ai nefropatici che non abbiano diritto a rimborsi per lo stesso titolo, da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali.

Il sussidio straordinario di cui al precedente comma è integrativo rispetto agli oneri eventualmente sopportati dalla Regione per il ricovero ospedaliero, i trattamenti ambulatoriali e l'intervento operatorio e viene erogato nella misura di L. 2.000.000.

Art. 10

Domanda per il contributo per interventi di trapianto

Gli interessati che si trovano nelle condizioni previste dalla presente legge dovranno, per il riconoscimento del diritto al contributo per l'intervento di trapianto renale e per il suo ottenimento, allegare alla domanda di cui al precedente articolo 2, oltre ai documen-

ti previsti alle lettere a), b), c) d) ed e) dell'articolo 5, e solo se questi non sono già stati presentati allo stesso titolo ivi considerato, anche la documentazione sanitaria comprovante l'avvenuta operazione di trapianto, rilasciata dalla struttura autorizzata che ha effettuato l'intervento.

Art. 11

Rimborso delle spese di viaggio, trasporto e soggiorno per interventi di trapianto

Il rimborso delle spese di viaggio o di trasporto e di soggiorno, sostenute per raggiungere il centro ove si esegue la tipizzazione e/o l'intervento di trapianto renale, è concesso ai nefropatici e ai trapiantati che non abbiano diritto a rimborsi, per lo stesso titolo, o a trasporto gratuito da parte di enti previdenziali o assicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali.

Il rimborso delle spese di viaggio o di trasporto, di cui al presente articolo, è corrisposto nella misura del cento per cento del costo del biglietto di viaggio sui mezzi pubblici ai nefropatici, anche per l'accompagnatore e per il suo eventuale donatore di organo la cui necessità risulti da attestazione sanitaria rilasciata da una struttura pubblica che si recano fuori della Sardegna, per carenza di strutture nell'Isola, per raggiungere il centro dove si esegue la tipizzazione tissutale e/o l'intervento di trapianto renale e per il rientro al comune o frazione di residenza; ovvero nella misura di un quinto del costo di un litro di benzina super a chilometro per l'uso di automezzo privato, ai nefropatici che si recano in comuni della Sardegna, diversi dal comune o frazione di residenza, per lo stesso scopo.

Il rimborso delle spese di soggiorno è corrisposto:

— ai nefropatici che necessitano di recarsi presso un centro in cui si esegue la tipizzazione e/o l'intervento di trapianto renale, ubicato in Sardegna, nella misura di lire 20.000. E' corrisposto inoltre nella stessa misura per l'accompagnatore e per il suo eventuale donatore di organo. Il rimborso è corrisposto per ognuno dei giorni ritenuti strettamente necessari sulla base di idonea attestazione sanitaria rilasciata dal responsabile del centro o da un suo sostituto;

— ai nefropatici che necessitano di recarsi presso un centro in cui si esegue la tipizzazione e/o l'intervento di trapianto renale, ubicato fuori della Sardegna, nella misura di L. 40.000. E' corrisposto inoltre nella stessa misura per l'accompagnatore e per il suo eventuale donatore di organo. Il rimborso è corrisposto per ognuno dei giorni ritenuti strettamente necessari sulla base di idonea attestazione sanitaria rilasciata dal responsabile del centro o da suo sostituto;

— ai trapiantati che necessitano di recarsi presso il centro ove è avvenuto l'intervento di trapianto per i controlli ritenuti necessari sulla base di idonea attestazione sanitaria rilasciata dal responsabile del centro o da suo sostituto.

In caso di decesso del nefropatico il rimborso delle spese di viaggio, trasporto e soggiorno di cui ai commi precedenti, verrà corrisposto agli aventi diritto.

Art. 12

Domanda per il rimborso delle spese di viaggio, trasporto e soggiorno per interventi di trapianto

Gli interessati che si trovano nelle condizioni previste dalla presente legge, per il riconoscimento del diritto al rimborso delle spese di viaggio o di trapianto e di soggiorno e per il suo ottenimento, in relazione alla tipizzazione e/o trapianto renale, dovranno allegare alla domanda di cui al precedente articolo 2, oltre ai documenti indicati alle lettere a), b), c), d) ed e) dell'articolo 5, e solo se questi non sono già stati presentati allo stesso titolo ivi considerato, ed oltre ai documenti di cui al numero 1) dell'articolo 7, anche:

1) documentazione sanitaria comprovante l'avvenuta effettuazione della tipizzazione e/o dell'operazione di trapianto e della durata del ricovero del paziente;

2) attestazione sanitaria da cui risulti la necessità per il nefropatico di essere accompagnato dal suo eventuale donatore d'organo e/o da un altro accompagnatore.

Art. 13

Contributi per dialisi domiciliare

I contributi forfettari per le spese di approntamento dei locali per il trattamento dialitico domiciliare, per le spese di consumo di energia elettrica, di acqua e di consumo telefonico e per le prestazioni dell'assistente di dialisi sono concessi ai nefropatici:

a) che siano sottoposti al trattamento dialitico domiciliare di cui all a legge regionale 5 novembre 1976, n. 52, nonché al regolamento di esecuzione della medesima, ed alle eventuali successive modificazioni ed integrazioni;

b) che non abbiano diritto ad analoghi interventi, per lo stesso titolo, da parte di enti previdenziali o as-

sicurativi, o di altri enti anche sulla base di normative statali e regionali.

I contributi di cui al precedente comma escludono il diritto ad usufruire contemporaneamente dei benefici previsti all'articolo 6 della presente legge e sono erogati nelle seguenti misure:

— L. 2.000.000, quale contributo forfettario fisso per le spese di approntamento dei locali ove si effettua la dialisi;

— L. 250.000, fisse mensili, per i mesi in cui è effettuata la dialisi domiciliare a titolo di contributo per le spese di solo consumo telefonico, di acqua e di energia elettrica;

— L. 150.000, mensili per l'assistenza di emodialisi, e dialisi peritoneale, regolarmente autorizzato e designato dal malato uremico cronico ai sensi della vigente legislazione regionale in materia, che assiste l'uremico durante la dialisi domiciliare, per ogni giorno in cui viene effettuata la dialisi.

Art. 14
Domanda per i contributi per la dialisi domiciliare

Gli interessati che si trovano nelle condizioni previste dalla presente legge dovranno, per il riconoscimento del diritto ai contributi forfettari, di cui al precedente articolo 13, e per il loro ottenimento, allegare alla domanda di cui al precedente articolo 2, oltre ai documenti previsti alle lettere a), b), c) d) ed e) dell'articolo 5, e solo se questi non sono già stati presentati allo stesso titolo ivi considerato, anche:

a) autorizzazione all'esecuzione della dialisi domiciliare, rilasciata dal servizio di emodialisi presso il quale il paziente ed il suo assistente hanno seguito il corso di addestramento, ai sensi della vigente normativa regionale;

b) certificato attestante la sussistenza di tutti i requisiti ai sensi degli articoli 6, 17 e 12 del decreto del Presidente della Giunta regionale 16 settembre 1977, n. 127;

c) documentazione quietanzata ai sensi di legge delle spese sostenute per l'approntamento dei locali per il trattamento dialitico, ivi compresi riattamenti, ristrutturazioni ed attrezzature;

d) attestazione del sanitario responsabile del presidio di dialisi, cui fa riferimento il servizio di dialisi domiciliare, o del suo sostituto, circa la regolare effettuazione della dialisi stessa e l'assistenza prestata all'uremico cronico dal suo assistente durante la dialisi, nell'arco di ciascun mese.

Art. 15
Norma transitoria

In sede di prima applicazione della presente legge, per il periodo compreso tra l'11 novembre 1976 e l'entrata in vigore della presente legge, il contributo forfettario per le spese di approntamento dei locali destinati alla dialisi domiciliare è concesso, nella misura di L. 2.000.000, a tutti gli uremici cronici residenti in Sardegna nello stesso periodo, che abbiano effettuato la dialisi domiciliare.

Art. 16
Contributo all'Associazione sarda emodializzati

L'Amministrazione regionale è altresì autorizzata a concedere alla Associazione sarda emodializzati con decreto dell'Assessore all'igiene e sanità, sentita la Giunta regionale, un contributo annuale per le attività istituzionali.

Art. 17
Domanda per il contributo all'Associazione sarda emodializzati

L'Associazione sarda emodializzati, per poter usufruire del contributo di cui al precedente articolo 16, deve presentare domanda in carta legale, a firma del Presidente regionale della stessa, entro il 15 novembre di ogni anno, all'Assessorato regionale all'igiene e sanità. L'Associazione sarda emodializzati deve inoltre presentare la seguente documentazione:

a) copia autentica del proprio statuto e regolamento, e delle eventuali successive modificazioni;

b) documentazione o piano finanziario annuale relativi alla spesa per la quale si chiede il contributo;

c) rendiconto entro il termine stabilito nel decreto di concessione del contributo stesso.

Art. 18
Fondo regionale

Il fondo di cui al secondo comma dell'articolo 2 della presente legge è costituito presso ciascun comune interessato con un accreditamento iniziale non superiore a sei dodicesimi dell'ammontare complessivo annuale dei benefici presuntivamente erogabili in favore dei nefropatici ivi residenti al 31 dicembre 1984.

Il fondo viene reintegrato all'inizio di ogni semestre, o prima se esaurito, sulla base dei rendiconti che i comuni trasmettono, di norma, trimestralmente all'Assessorato regionale all'igiene e sanità, corredati della sola documentazione comprovante gli avvenuti pagamenti ai nefropatici.

L'accreditamento iniziale costitutivo di ciascun fondo e le successive reintegrazioni sono disposti con decreto dell'Assessore regionale all'igiene e sanità, previa deliberazione della Giunta regionale su proposta dello stesso Assessore.

Art. 19.

Norma finanziaria

Nel bilancio della Regione per l'anno finanziario 1985, sono apportate le seguenti variazioni:

(Omissis).

Le spese per l'attuazione della presente legge fanno carico ai sopraindicati capitoli del bilancio della Regione per l'anno finanziario 1985 ed ai corrispondenti dei bilanci per gli anni successivi.

Art. 20

Norma finale

Sono abrogate le leggi regionali 1 giugno 1979, n. 45, e 27 luglio 1981, n. 21.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.

Cagliari, addì 8 maggio 1985

MELIS

(4179)

LEGGE REGIONALE 28 maggio 1985, n. 12.

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale della Regione (legge finanziaria 1985).

(Pubblicata nel Bollettino ufficiale *della Regione Sardegna n. 26 dell'11 giugno 1985)*

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

Art. 1

Bilancio pluriennale

In deroga alle disposizioni di cui alle leggi regionali 1° agosto 1975, n. 33 e 5 maggio 1983, n. 11, è omessa, per l'anno finanziario 1985, la predisposizione del programma e del bilancio pluriennali.

Art. 2

Determinazione spese carattere pluriennale

Le spese di cui le norme vigenti non determinano gli stanziamenti da iscrivere nel bilancio, restano stabilite, per l'anno 1985, nelle somme indicate nei rispettivi capitoli.

Le spese di cui le norme vigenti determinano gli stanziamenti da iscrivere nel bilancio per l'anno 1985 sono confermate — salve le diverse determinazioni contenute nella presente legge — nelle somme autorizzate dalle norme medesime; nei casi in cui le norme anzidette determinino soltanto l'importo minimo o massimo degli stanziamenti, questi restano stabiliti nelle somme indicate nei rispettivi capitoli.

Art. 3

Fondi «globali»

Nelle tabelle A e B, allegate alla presente legge, sono indicate le voci da iscrivere nei fondi speciali per il finaziamento dei provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel corso dell'anno 1985.

I rispettivi importi di detti fondi restano determinati nel seguente modo:

a) fondo speciale spese correnti (fondi regionali - cap. 03016) L. 29.500.000.000

b) fondo speciale spese conto capitale (fondi regionali - cap. 03017) L. 66.000.000.000

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI OPERE PUBBLICHE

Art. 4

Integrazione finanziamento IV programma Capo I legge regionale n. 45 del 1976

Per il solo anno 1985, la misura del finanziamento stabilito in favore dei comuni della Sardegna ai sensi dell'articolo 4, ultimo comma, della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, è maggiorata come segue:

a) comuni con popolazione residente sino a 2.000 abitanti L. 70.000.000

b) comuni con popolazione residente da 2.001 sino a 5.000 abitanti L. 120.000.000

c) comuni con popolazione residente da 5.001 a 10.000 abitanti L. 250.000.000

d) comuni con popolazione residente da 10.001 a 20.000 abitanti L. 400.000.000

e) comuni con popolazione residente da 20.001 a 50.000 abitanti L. 800.000.000

Gli importi suddetti sono utilizzati dalle amministrazioni locali interessate integrando conformemente i programmi del 4° triennio (1985-1987) di cui al capo I della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45.

Ad integrazione dell'articolo 8 della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45, i finanziamenti possono essere utilizzati anche per l'acquisizione di aree edificabili, nonché per l'esecuzione di opere di urbanizzazione primaria nei piani di zona di cui alla legge 18 aprile 1962, n. 167.

I comuni determinano l'incidenza dei costi delle opere di urbanizzazione ai fini della determinazione del prezzo di cessione delle aree dei piani di zona di cui alla legge 18 aprile 1962, n. 167.

I dati della popolazione residente sono quelli relativi al 31 dicembre 1983, utilizzati per il computo del finanziamento ordinario afferente lo stesso triennio 1985-1987.

Per gli interventi di cui al primo comma è autorizzata, per l'anno 1985, la spesa di lire 46.720.000.000 (cap. 08015).

Art. 5

Programma straordinario di opere pubbliche di interesse locale o sovracomunale Capo II legge regionale n. 45 del 1976

Per l'attuazione di un programma di interventi nel settore delle opere pubbliche di interesse comunale o sovracomunale, finalizzato alla realizzazione o alla ristrutturazione ed al restauro di sedi comunali e di locali da utilizzare a centri sociali polifunzionali, di strade interne, cimiteri ed edifici di culto e loro pertinenze, è autorizzata, per l'anno 1985, la spesa di lire 10.000.000.000 (cap. 08016).

All'accreditamento dei fondi ed all'attuazione delle opere finanziate, viene provveduto in conformità a quanto previsto per le opere di programmazione regionale di cui al capo II della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45, e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 6

Determinazione stanziamenti interventi di cui ai capi III e IV legge regionale n. 45 del 1976

Gli stanziamenti da destinarsi agli interventi di cui ai capi III e IV della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45, sono determinati, per l'anno 1985, in rispettive L. 1.000.000.000 (cap. 08017) e L. 2.500.000.000 (cap. 08030).

Le provvidenze di cui all'articolo 17 della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45, sono estese, per la gestione degli impianti di trattamento dei liquami e dei sistemi di smaltimento per rifiuti solidi, ai comuni singoli o in compartecipazione con altri enti.

Alla concessione dei contributi di cui al precedente comma, si provvede con decreto dell'Assessore regionale dei lavori pubblici, di concerto con l'Assessore della difesa dell'ambiente.

Art. 7

Progetti di rilevante interesse economico

Allo scopo di finanziare progetti immediatamente eseguibili per interventi di rilevante interesse per l'economia e per l'occupazione nel settore delle opere pubbliche predisposti da province, comunità montane, enti regionali, consorzi di bonifica e consorzi industriali, è autorizzata, nell'anno 1985, la spesa complessiva di lire 80.000.000.000 (cap. 05012: L. 15.000.000.000; cap. 06250: L. 40.000.000.000; cap. 08029/01: L. 25.000.000.000), finalizzata in particolare al riequilibrio territoriale socio-economico.

Gli enti di cui al primo comma, entro 60 giorni dalla pubblicazione della legge di approvazione del bilancio per detto anno, presentano all'Assessorato della programmazione, bilancio e assetto del territorio le proposte di finanziamento dei rispettivi progetti.

Le proposte degli enti, di cui al primo comma, debbono contenere anche indicatori quantitativi di convenienza economica dei progetti, come il saggio di rendimento interno ed il valore attuale netto stimato per il progetto.

Entro trenta giorni la Giunta regionale adotta, sentita la Commissione consiliare programmazione, i criteri di valutazione delle iniziative.

Il Centro regionale di programmazione, eventualmente integrato con esperti di settore funzionari degli Assessorati interessati, funge da nucleo di valutazione.

Entro i successivi trenta giorni la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore della programmazione, bilancio e assetto del territorio di concerto con gli Assessori della difesa dell'ambiente, dell'agricoltura e riforma agro-pastorale e dei lavori pubblici, approva il programma di finanziamento dei progetti.

Il programma è predisposto tenendo conto delle obiettive carenze di infrastrutture delle diverse realtà locali, al fine di garantire anche un'equa ripartizione territoriale delle risorse.

Il finaziamento può coprire l'intera spesa ritenuta ammissibile.

Art. 8

Opere acquedottistiche e fognarie

Per l'attuazione di un programma di opere acquedottistiche e fognarie è autorizzata, per l'anno 1985, la spesa di L. 20.000.000.000 (cap. 08035-03).

Art. 9

Interventi a favore dei comuni

E' autorizzata per l'anno 1985 la spesa di lire 20 miliardi sul capitolo 08055/01 per l'esecuzione da parte dei comuni con popolazione residente inferiore ai 5.000 abitanti, secondo i dati del censimento del 1981, di opere pubbliche di loro interesse con particolare riferimento a quelle relative all'approvvigionamento idrico e a quelle igieniche.

Art. 10

Programma straordinario strade di interesse sovracomunale

Per il finanziamento di un programma straordinario di intervento per la costruzione e la sistemazione di strade di interesse sovracomunale, è autorizzata, per l'anno 1985, la spesa di L. 12.000.000.000 (cap. 08042).

All'accreditamento dei fondi ed all'attuazione delle opere finanziate, viene provveduto in conformità di quanto previsto per le opere di programmazione regionale di cui al capo II della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45, e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 11

Programma completamento opere portuali

Per l'esecuzione di un programma di completamento di opere nel settore dei porti è autorizzata la spesa di L. 15.000.000.000 (cap. 08182).

Del suddetto importo la quota di L. 3.000.000.000 è riservata al finanziamento di infrastrutture strettamente funzionali all'attività prescherececcia locale.

Art. 12

Programma straordinario edilizia scolastica

L'Ammnistrazione regionale è autorizzata a predisporre, entro 90 giorni dalla data di approvazione della presente legge, un programma straordinario nel settore dell'edilizia scolastica, finalizzato ad interventi per la costruzione, il riattamento, l'adeguamento e l'ampliamento di edifici destinati a scuole statali di ogni ordine e grado, nonché agli istituti statali di educazione.

Per la realizzazione del programma di cui al comma precedente la cui esecuzione è affidata ai comuni ed alle province, è autorizzata, per l'anno 1985, la spesa di L. 10.000.000.000 (cap. 08117/01).

Nella ripartizione dei fondi si terrà conto, in via preferenziale, dell'incremento della popolazione scolastica della scuola dell'obbligo registrato negli ultimi cinque anni.

All'accreditamento dei fondi ed all'attuazione del programma di cui al primo comma, viene provveduto in conformità a quanto previsto dall'articolo 18 della legge regionale 21 luglio 1976, n. 39.

Art. 13

Trasferimento abitati di Gairo ed Osini

Per la prosecuzione del programma straordinario di cui all'art. 14 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, è autorizzata, in conto di future assegnazioni statali, l'ulteriore anticipazione di L. 2.000.000.000, per l'anno 1985 (Cap. 08146/01).

Art. 14

Palazzo del Consiglio regionale

Ad integrazione degli stanziamenti disposti con la legge regionale 16 giugno 1980, n. 19 e dell'articolo 12 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, è autorizzata, per l'anno 1985, l'ulteriore spessa di L. 5.000.000.000 (Cap. 08004) per il completamento dei lavori del palazzo del Consiglio regionale.

Art. 15

Completamento teatri di Cagliari, Sassari, Nuoro e Oristano

Ad integrazione dello stanziamento disposto con l'articolo 22 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, la Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare la ulteriore somma di L. 7.500.000.000 (Cap. 08069/04) per il completamento del teatro civico di Cagliari, del centro culturale polivalente di Nuoro e del teatro di Oristano e per la ristrutturazione dell'auditorium del Conservatorio musicale di Sassari.

Lo stanziamento di cui al precedente comma è trasferito dal bilancio della Regione alla contabilità speciale di cui all'art. 2 della legge 24.6.1974, n. 268, per essere attribuito al titolo di spesa 8.3.3/I del programma di intervento per gli anni 1982/84 della legge medesima, approvata dal CIPE l'8 giugno 1983.

Art. 16

Mutui per edifici di culto

I benefici di cui all'articolo 26 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38, sono estesi anche ai mutui già assistiti dalla garanzia regionale in applicazione dell'articolo 4 della legge regionale 27 novembre 1984, n. 19.

L'ammontare delle cedole dei titoli maturato a garanzia dei mutui di cui al precedente comma sono versate in apposito capitolo di entrata del bilancio regionale.

L'onere di cui al presente articolo, pari alla somma di L. 103.000.000 annue, sarà versato direttamente, per conto degli Ordinari diocesani, alla Cassa depositi e prestiti per tutta la durata del periodo di ammortamento dei mutui.

Per le finalità di cui al precedente articolo è autorizzato l'ulteriore limite di impegno trentacinquennale di L. 103.000.000 (Cap. 08034).

Art. 17

Parco progetti per opere di interesse regionale e locale

La Giunta regionale è autorizzata a predisporre, nell'ambito degli indirizzi fissati dalla Commissione consiliare pragrammazione entro 90 giorni dalla data di approvazione della presente legge, un parco progetti per opere di interesse regionale e locale per la cui realizzazione è autorizzata, nell'anno 1985, la spesa di Lire 3.000.000.000 (Cap. 03034/01); detto stanziamento è trasferito dal bilancio della Regione alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della legge 24 giugno 1974, n. 268, per essere attribuito al titolo di spesa 8.4.1/I del programma di intervento per gli anni 1982-1984 di cui alla legge medesima, approvato dal CIPE l'8 giugno 1983.

Art. 18

Studi progetti integrati per ottenimento benefici CEE

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare una somma di L. 500.000.000 per l'effettuazione di studi finalizzati alla produzione dei progetti integrati per l'ottenimento dei benefici della Comunità economica europea previsti per i progetti Mediterranei integrati (cap. 03034/02).

Art. 19

Licitazioni per opere pubbliche

Per l'esperimento delle licitazioni private di opere pubbliche finanziate con contributo regionale, sono ammesse offerte anche in aumento sin dal primo esperimento di gara, a meno che l'Amministrazione non lo escluda espressamente nel bando di gara.

Art. 20

Spese generali opere pubbliche

I compensi per spese generali relativi ad opere pubbliche finanziate dalla Regione autonoma della Sardegna e per le quali gli enti strumentali della Regione effettuino prestazioni tecniche, competono a detti enti indipendentemente dalla integrazione del loro bilancio a carico della Regione medesima.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI EDILIZIA RESIDENZIALE

Art. 21

Programma edilizia ad equo canone

Ad integrazione del programma di edilizia residenziale sovvenzionata ed agevolata per il bienno 1984-1985 previsto dalla legge 5 agosto 1978, n. 457, approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale n. 66 del 20 luglio 1984, l'Amministrazione regionale è autorizzata a predisporre un programma di interventi nel settore dell'edilizia residenziale per la realizzazione e la acquisizione, a cura dei comuni e degli IACP, di unità alloggiative da assegnare in locazione ad equo canone nei centri urbani a maggiore tensione abitativa.

Il prezzo di acquisizione degli alloggi non potrà comunque essere superiore ai massimali di costo previsti, in base alla normativa statale vigente, per l'edilizia sovvenzionata.

Per l'assegnazione degli alloggi di cui al primo comma si applicano, ai fini della determinazione del reddito degli assegnatari, gli articoli 20 e 21 della legge 457 del 5 agosto 1978.

Per l'attuazione del programma l'Amministrazione regionale concede ai soggetti di cui al comma precedente, ed a loro richiesta, contributi in conto capitale destinati a far fronte alla differenza tra il costo dell'intervento o dell'acquisizione, e l'entitaà del mutuo concedibile con le somme derivanti dalla localizzazione degli alloggi ad equo canone.

Il programma regionale di cui al precedente primo comma deve indicare:

— i soggetti pubblici destinatari dei contributi;

— la quota destinata alla costruzione e all'acquisizione degli alloggi;

— il totale degli investimenti attivabili e le procedure per l'esecuzione degli interventi stessi;

— i massimali di costo riconoscibili relativamente all'acquisizione ed alla costruzione degli alloggi;

— la localizzazione degli interventi costruttivi, il numero degli alloggi da realizzare e le procedure di attuazione degli interventi stessi;

— le procedure e i criteri per l'individuazione degli assegnatari con priorità a favore degli sfrattati;

— i termini per l'inizio e l'ultimazione dei lavori e per l'acquisizione degli alloggi.

Per la realizzazione del programma di cui al precedente primo comma sono disposti i seguenti stanziamenti:

— di L. 15.000.000.000, per l'esercizio finanziario 1985 (cap. 08113);

— di L. 25.000.000.000, per l'esercizio finanziario 1986.

Art. 22
Aree edificabili e loro urbanizzazione primaria

E' autorizzata la spesa di L. 27.000.000.000, (cap. 08092/02) per la concessione dei finanziamenti previsti dal paragrafo III.2 del programma di intervento per gli anni 1982-84 di cui alla legge 24 giugno 1974, n. 268, approvato dal CIPE l'8 giugno 1983, e relativi all'acquisizione da parte dei comuni di aree edificabili, nonché all'esecuzione di opere di urbanizzazione primaria; detto stanziamento è trasferito dal bilancio della Regione alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della stessa legge n. 268 del 1974, per essere attribuito al titolo di spesa 8.3.2/I del citato programma d'intervento.

Per la concessione dei finanziamenti di cui al comma precedente si prescinde dalle classi demografiche dei comuni di cui al punto 17 del citato titolo di spesa 8.3.2/I.

I finanziamenti di cui al primo comma del presente articolo sono prioritariamente concessi ai comuni localizzatori degli interventi di cui al precedente articolo.

Art. 23
Edilizia agevolata e recupero centri storici

Gli stanziamenti disposti dall'art. 15 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, modificato dall'articolo 6 della legge regionale 31 dicembre 1984, n. 36, sono così rideterminati (cap. 08109):

— L. 5.000.000.000, per l'esercizio 1985;
— L. 11.400.000.000, dall'esercizio 1986 all'esercizio 1989;
— L. 9.600.000.000, dall'esercizio 1990 all'esercizio 1993;
— L. 7.950.000.000, dall'esercizio 1994 all'esercizio 1997;
— L. 7.200.000.000, dall'esercizio 1998 all'esercizio 2001;
— L. 300.000.000, per l'esercizio 2002.

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad avvalersi degli ulteriori limiti di cui al precedente comma per:

— incrementare il massimale di mutuo agevolato fissato per il biennio 1982/1983 della legge 457 del 1978 da L. 40.000.000 a L. 44.000.000;

— incrementare il massimale di mutuo agevolato fissato dal decreto assessoriale dei lavori pubblici 21 settembre 1984 n. 2/425 in applicazione dell'articolo 15 della legge regionale n. 26 del 31 maggio 1984, da L. 44.000.000 a L. 50.000.000;

— incrementare il numero degli alloggi previsti dall'articolo 1 del decreto assessoriale dei lavori pubblici del 21 settembre 1984, n. 2/425 nei comuni con maggiore tensione abitativa;

— predisporre un programma di interventi destinati al recupero, ai fini residenziali, dei centri storici e comunque nelle zone individuate, ai sensi dell'articolo 27, primo comma, della legge n. 457 del 5 agosto 1978.

A tale fine i finanziamenti agevolati sono prioritariamente concessi alle cooperative edilizie e loro consorzi e ai consorzi di utenti.

Per la concessione dei benefici di cui al comma precedente restano ferme le procedure e i vincoli della legge n. 457 del 1978, fatta eccezione per il massimale di mutuo fissato in L. 40.000.000, per untà di intervento.

Nel caso in cui l'immobile oggetto del risanamento risulti in comproprietà indivisa, la domanda di mutuo dovrà essere sottoscritta anche dai comproprietari i quali dovranno altresì rinunciare, a favore del richiedente, all'uso dell'abitazione.

Per i comproprietari si prescinde in tal caso dai requisiti soggettivi di legge.

Art. 24
Restauro chiese monumentali

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere un contributo di L. 3.000.000.000, ai comuni della Sardegna per il restauro di chiese monumentali di particolare valore storico artistico (cap. 08033-01).

Art. 25
Termini assegnazione aree cooperative edilizie

L'individuazione e l'assegnazione delle aree da mettere a disposizione delle cooperative edilizie finanziate ai sensi dell'articolo 15 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, debbono essere effettuate a cura del comune entro 60 giorni dalla comunicazione regionale di finanziamento.

Art. 26

Edilizia residenziale
Contributi in conto capitale

Ai fini della determinazione dell'importo del contributo concesso ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 31 dicembre 1984, n. 36, dell'art. 12 della legge regionale 29 dicembre 1983, n. 31, e dell'articolo 2, comma decimo, della legge 25 marzo 1982, n. 94, si tiene conto del reddito complessivo familiare quale risulta dalla somma dei redditi dell'ultima dichiarazione presentata da ciascun componente il nucleo familiare prima della pubblicazione del bando di concorso e accertata dall'Assessorato regionale dei lavori pubblici.

Art. 27

Disposizioni in materia di lavori pubblici

Per l'attuazione di lavori pubblici che per la rilevanza degli obiettivi da raggiungere e per la complessità dell'esecuzione richiedono l'organizzazione di attività integrate e diversificate, l'Amministrazione regionale potrà procedere mediante l'affidamento in concessione anche in deroga alle vigenti leggi, oltreché ai soggetti di cui all'articolo 5 della legge 11 giugno 1962, n. 588, anche ai soggetti privati singoli o associati.

Con successivo decreto del Presidente della Giunta regionale da emanarsi entro sessanta giorni dalla pubblicazione della presente legge, verrà approvato il disciplinare tipo di concessione.

Nelle more dell'emanazione del suddetto decreto le disposizioni tendenti a disciplinare le concessioni saranno inserite nel bando di concorso.

DISPOSIZIONI IN MATERIA
DI AGRICOLTURA

Art. 28

Destinazione quote rifinanziamento
interventi leggi 403 e 984 del 1977

A valere sulle quote spettanti alla Regione degli stanziamenti previsti per l'applicazione delle leggi 27 dicembre 1977, n. 984, e 1° luglio 1977, n. 403, sono autorizzate nell'anno finanziario 1985, le seguenti spese per gli interventi appresso indicati:

a) attività di studio, di ricerca e di sperimentazione in favore dei soggetti previsti dal progetto di promozione per il comparto viti-vinicolo (cap. 06017)
L. 200.000.000

b) potenziamento dell'attività vivaistica (cap. 06019)
L. 800.000.000

c) esecuzione di opere di miglioramento fondiario e di lavori tendenti a completare e valorizzare le opere stesse, a delimitare i confini dei campi, a difendere le pendici e a creare ombreggi o frangiventi, in applicazione dell'articolo 2 della legge regionale 26 ottobre 1950, n. 46, e successive modificazioni ed integrazioni (cap. 06025/01)
L. 6.000.000.000

d) esecuzione delle opere di miglioramento fondiario volte al miglioramento della zootecnia e delle attività connesse, in applicazione delle leggi regionali 26 ottobre 1950, n. 46, 13 luglio 1962, n. 9, e loro successive modificazioni ed integrazioni (cap. 06049)
L. 8.000.000.000

e) costruzione di strutture di ogni tipo per colture protette, ammodernamento e ristrutturazione di serre con esclusione di quelle in legno e plastica, ivi comprese le attrezzature atte ad utilizzare l'energia solare ed eolica ed altre energie rinnovabili, in applicazione della legge regionale 26 ottobre 1950, n. 46, e sucessive modificazioni ed integrazioni (cap. 06053)
L. 16.000.000.000

f) concessione di concorsi sugli interessi relativi a mutui di miglioramento fondiario contratti ai sensi della legge 5 luglio 1928, n. 1760, e sucessive modificazioni ed integrazioni (cap. 06068)
L 8.567.000.000

g) costruzione di acquedotti rurali, in applicazione dell'articolo 17 della legge 27 ottobre 1966, n. 910, e dell'articolo 9 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38 (cap. 06086)
L. 2.000.000.000

h) esecuzione di opere di elettrificazione agricola, in applicazione dell'articolo 19 della legge 27 ottobre 1966, n. 910, e dell'articolo 15 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38, (cap. 06087)
L. 5.000.000.000

i) costruzione, riattamento e completamento di strade vicinali ed interpoderali in applicazione dell'articolo 17 della legge 27 ottobre 1966, n. 910, e dell'articolo 9 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38 (cap. 06088)
L. 11.000.000.000

l) iniziative dirette dell'Amministrazione regionale per promuovere l'incremento ed il miglioramento della produzione zootecnica (cap. 06150)
L. 1.800.000.000

m) promozione dell'incremento del miglioramento della produzione zootecnica (cap. 06151/01)
L. 600.000.000

n) acquisto di bestiame per il miglioramento ed il risanamento del patrimonio zootecnico in applicazione dell'art. 17 della legge 2 giugno 1961, n. 454 (cap. 06163)

L. 2.200.000.000

o) concessione di premi per il miglioramento zootecnico in applicazione dell'articolo 14 della legge 27 ottobre 1966, n. 910 (cap. 06167)

L. 2.100.000.000

p) concessione a favore di cooperative agricole e loro consorzi, di contributi fino all'80 per cento della spesa ammessa, per l'acquisto di mezzi e attrezzature destinati al trasporto dei prodotti agricoli e zootecnici secondo le modalità previste dalla legge regionale 9 novembre 1950, n. 47, e sucessive modificazioni (cap. 06222)

L. 2.000.000.000

q) concessione di contributi alle latterie sociali cooperative e alle cantine sociali cooperative per la costruzione, l'ampliamento e l'attrezzatura di stabilimenti razionali (cap. 06231/01)

L. 5.000.000.000

r) realizzazione di strutture, attrezzature e pertinenze occorrenti ad assicurare la raccolta, conservazione, lavorazione, trasformazione e vendita dei prodotti agricoli e zootecnici e loro sottoprodotti, nonché ampliamento e ammodernamento di preesistenti impianti, in applicazione dell'articolo 9 della legge 27 ottobre 1966, n. 910 (cap. 06234/01)

L. 10.000.000.000

s) manutenzione ed esercizio di lotti di opere di bonifica in applicazione dell'articolo 17, commi primo e secondo, del regio decreto 13 febbraio 1933, n. 215 (cap. 06245)

L. 2.500.000.000

t) riduzione dei canoni delle utenze irrigue (cap. 06261)

L. 4.000.000.000

u) riduzione dei costi di gestione dell'irrigazione con acque provenienti da pozzi, fiumi ed altri invasi privati (cap. 06262)

L. 600.000.000

v) concessione del concorso nelle spese di gestione sostenute dal Consorzio di bonifica della Sardegna meridionale (cap. 06263/01)

L. 1.750.000.000

Art. 29
Contributi per impianti cooperativi

E' autorizzata la spesa di L. 2.000.000.000 nell'anno finanziario 1985 per la concessione delle provvidenze previste dall'articolo 9 della legge 27 ottobre 1966, n. 910, a favore delle strutture cooperative (cap. 06234).

Art. 30
Concorso negli interessi sui mutui di miglioramento fondiario

Per la concessione del concorso negli interessi sui mutui di miglioramento fondiario di cui agli articoli 1 e 2 della legge regionale 8 luglio 1975, n. 30, è disposto l'ulteriore limite d'impegno di L. 4.000.000.000; le relative annualità saranno iscritte nei bilanci della Regione per gli anni dal 1985 al 2006 (capitolo 06060).

Art. 31
Programma di sperimentazione nel comparto della soia

Al fine di ridurre il deficit della bilancia agro alimentare regionale, agli interventi previsti dal paragrafo 8.1.5/I del programma di intervento per gli anni 1982-1984 di cui alla legge 24 giugno 1974, n. 268, approvato dal CIPE nella seduta dell'8 giugno 1983, è aggiunta la seguente lettera:

d) programma di sperimentazione della soia.

Per l'attuazione di tale intervento è autorizzata la spesa di L. 500.000.000 sul capitolo 06229-02 del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1985.

Detto stanziamento sarà trasferito dal bilancio della Regione alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, secondo comma, della legge 268 del 1974, per essere attribuito al titolo di spesa 8.1.5/I del citato programma di intervento.

Art. 32
Fondo trasformazione passività cooperative agricole

Il fondo regionale per la trasformazione delle passività delle cooperative agricole, di cui all'articolo 40 della legge regionale 7 maggio 1981, n. 14, è incrementato, nell'anno 1985, della somma di L. 8.500.000.000 (cap. 06223).

Art. 33
Fondo regionale sviluppo zootecnia

L'integrazione del fondo di cui all'articolo 27 della legge regionale 23 gennaio 1981, n. 4, concernente la concessione di prestiti per lo sviluppo della zootecnia ai sensi delle legge 8 agosto 1957, n. 777, e successive modificazioni ed integrazioni (cap. 06107), è determinata, per l'anno finanziario 1985, in L. 3.000.000.000.

Art. 34

Provvidenze a favore del settore lattiero - caseario

Per le finalità dell'articolo 15 della legge regionale 31 dicembre 1984, n. 36, è autorizzata la spesa di lire 8.000.000.000 (cap. 06108). Tale stanziamento è destinato fino a L. 2.500.000.000 ad integrazione della spesa per l'anno 1984, mentre la somma residua sarà utilizzata per l'onere relativo all'anno 1985.

Art. 35

Fidejussione regionale per mutui e prestiti in agricoltura

I mutui e i prestiti di miglioramento fondiario e agrario concessi a valere sui fondi di rotazione e anticipazione regionale, dagli Istituti di credito a favore degli imprenditori agricoli o delle cooperative agricole, possono essere assistiti dalla garanzia fidejussoria o sussidiaria regionale quando i terreni oggetto dei miglioramenti siano condotti in affitto oppure quando una irregolarità nella successione dei passaggi di proprietà riguardanti i terreni stessi impedisca una valida concessione di ipoteca. La garanzia potrà altresì essere concessa quando il valore cauzionale dei beni offerti non risulti sufficiente a garantire il finanziamento.

La garanzia di cui al comma precedente grava sui rispettivi fondi.

Art. 36

Formazione proprietà coltivatrice

Per la concessione del concorso nel pagamento degli interessi sui mutui previsti dalla legge regionale 23 novembre 1979, n. 60, e relativi all'acquisto di fondi rustici, è autorizzato l'ulteriore limite di impegno di L. 5.000.000.000; le relative annualità sono iscritte nel bilancio della Regione dall'anno 1985 all'anno 2004 (cap. 06220).

Art. 37

Infrastrutture agricole

E' autorizzata, nell'anno 1985, la spesa complessiva di L. 5.500.000.000, per la concessione delle seguenti provvidenze:

— contributi e premi per la costruzione di laghi collinari (cap. 06083) L. 1.000.000.000
— contributi per la costruzione di acquedotti rurali (cap. 06086/01) L. 1.000.000.000
— contributi per piani di elettrificazione agricola (cap. 06087/01) L. 1.500.000.000
— contributi per la costruzione ed il riattamento di strade vicinali ed interpoderali (cap. 06088/01) L. 2.000.000.000

Art. 38

Contributo straordinario a favore della DI.CO.VI.SA.

E' autorizzato, nell'anno 1985, il finanziamento di lire 2.700.000.000, a favore della DI.CO.VI.SA. per la realizzazione di ulteriori strutture di stoccaggio, di un impianto per l'invecchiamento e l'imbottigliamento dei distillati, nonché per la costruzione di locali da adibire ad uffici (cap. 06237).

Art. 39

Intervento straordinario per riduzione dei conferimenti

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere, alle cooperative dei settori vinicolo e oleario che, durante l'ultima campagna di lavorazione, anche per il concorso di avversità atmosferiche verificatesi nel 1984, abbiano avuto, rispetto alla precedente campagna, riduzioni di conferimenti superiori al 70 per cento, un sussidio straordinario in misura pari alle spese occorrenti per pagare, nel periodo compreso tra il 1.o settembre 1984 ed il 31 agosto 1985, gli ammortamenti relativi ai mutui di miglioramento, la mano d'opera fissa e i consumi energetici.

Per le provvidenze di cui al comma precedente è autorizzata per l'anno 1985 la spesa di L. 500.000.000, (cap. 06201).

Art. 40

Contributo straordinario per magazzinaggio vini DOC di Oliena e Sanluri e vernaccia DOC di Oristano

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere per l'anno 1985 un contributo straordinario di L. 1.000.000.000, sotto forma di aiuto al magazzinaggio privato a breve e lungo termine dei vini DOC, posseduti dalle cantine sociali di Oliena e Sanluri e della vernaccia DOC posseduta dalla Cantina sociale della vernaccia di Oristano (cap. 06233).

Art. 41

Fondo regionale per la prevenzione degli incendi

A parziale modifica della normativa fissata con l'articolo 68 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, si stabilisce quanto segue:

1) gli interessi gravanti sui mutui concessi a valere sul fondo potranno essere rimborsati anche con scadenza semestrale;

2) il contributo sul premio di assicurazione potrà essere pagato anche in concomitanza col pagamento dei premi e dovrà riguardare solo la polizza integrativa per i lavori finanziati, fermo restando che il premio della polizza base contro il rischio degli in-

cendi è a carico delle imprese proprietarie degli impianti e dovrà prevedere l'aggiornamento dei valori assicurati.

L'integrazione del fondo, istituito col citato articolo 68 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, è determinata, per l'anno 1985, in L. 2.000.000.000 (cap. 06266).

Art. 42

Finanziamento all'ERSAT

A saldo dei finanziamenti da corrispondere all'ERSAT — Ente regionale di sviluppo e assistenza tecnica in agricoltura — per gli anni dal 1979 al 1982, ai sensi dell'articolo 4 della legge 13 aprile 1983, n. 122, l'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare, nell'anno 1985, la somma di lire 7.100.000.000 (cap. 06282/01).

Art. 43

Infrastrutture nelle zone di sviluppo agro-pastorale

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad incrementare della somma di L. 15.000.000.000 (cap. 06285) il fondo per l'attuazione del Piano di intervento nelle zone interne a prevalente economia pastorale, di cui alla legge regionale 10 dicembre 1973, n. 39. Tale somma verrà destinata al titolo di spesa P/1.01 per il finanziamento delle infrastrutture da realizzarsi nell'ambito delle zone di sviluppo agro-pastorale.

Art. 44

Promozione e commercializzazione prodotti agricoli e programma pilota Ogliastra

Una quota pari a lire 12.700.000.000 degli interessi attivi maturati sul conto corrente bancario relativo al fondo per l'attuazione del Piano di intervento nelle zone interne a prevalente economia pastorale, di cui alla legge regionale 10 dicembre 1973, n. 39, è destinata ad incrementare:

— per L. 1.200.000.000 il titolo P/1.01 ad integrazione dello stanziamento destinato al finanziamento delle opere di viabilità, elettrificazione ed approvvigionamento idrico previste nel «Programma pilota in Ogliastra» (art. 59, L.R. 31 maggio 1984, n. 26);

— per lire 11.500.000.000 lo stanziamento del titolo di spesa P/1.06 relativo alle iniziative previste dal paragrafo 6.6. del piano medesimo, modificato dall'articolo 4 della legge regionale 3 febbraio 1981, n. 5, (promozione e commercializzazione dei prodotti agricoli). Per l'attuazione delle provvidenze e degli interventi previsti dal predetto paragrafo 6.6 l'Assessore dell'agricoltura assume le determinazioni, previo parere della Commissione consiliare agricoltura sui criteri e indirizzi per l'utilizzo dei fondi.

Art. 45

Acquacoltura aziendale agricola

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad inserire fra le opere di miglioramento fondiario ammesse a beneficiare delle provvidenze contributive e creditizie, le attività riguardanti l'acquacoltura di carattere aziendale, intesa come allevamento vegetale, animale e di altre specie di coltivazione.

Art. 46

Contributo straordinario all'Istituto incremento ippico

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare un contributo straordinario di lire 1.500.000.000 all'Istituto incremento ippico per lo sviluppo delle attività culturali e sociali e per la valorizzazione della Foresta Burgos (cap. 06271/02).

Art. 47

Centro di addestramento dei divulgatori agricoli

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare un contributo straordinario di L. 1.100.000.000 al Consorzio interregionale per la divulgazione agricola in Italia di cui lire 1.000.000.000 per il ripristino e per l'arredamento dei fabbricati dell'Istituto professionale per l'agricoltura di Oristano-Nuraxinieddu, e L. 100.000.000 quale quota di partecipazione al progetto «Videotex» (cap. 06023).

Art. 48

Infrastrutture nelle terre pubbliche

Il programma di infrastrutture nelle terre pubbliche — di cui all'articolo 29 lettera m/01 della legge regionale 24 maggio 1984, n. 26, — viene approvato dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore dell'agricoltura e riforma agro-pastorale.

Art. 49

Completamento del frigomacello di Chilivani

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare la somma complessiva di lire 2.000.000.000 per il frigomacello di Chilivani, da destinare:

— per L. 1.000.000.000 alla copertura dei maggiori costi derivanti dall'appalto del secondo lotto;

— per L. 1.000.000.000 alla costruzione della recinzione, fornitura della pesa, sistemazione dei piazzali e uffici e all'avvio dell'attività (cap. 06243).

DISPOSIZIONI IN MATERIA
DI INDUSTRIA

Art. 50

Fondo per la tutela dei livelli produttivi e occupativi
Legge regionale n. 66 del 1976

L'integrazione del fondo di cui all'articolo 1 della legge regionale 10 dicembre 1976, n. 66 (cap. 09050) e determinata, per l'anno finanziario 1985, in lire 20 miliardi.

Le disponibilità presenti sul fondo di cui al precedente comma, conseguenti agli stanziamenti disposti dall'articolo 13 della legge regionale 10 maggio 1979, n. 38, possono essere utilizzate per le attività previste dall'articolo 14, commi secondo e terzo, della legge regionale 29 dicembre 1983, n. 31.

Art. 51

Contributi per il contenimento
dei consumi energetici
nei settori agricolo e industriale

Il contributo alternativo in conto capitale di cui all'articolo 8, quinto comma, della legge 29 maggio 1982, n. 308, viene concesso, a richiesta dell'interessato, nella misura del 25 per cento della spesa ammessa e con il limite di L. 500.000.000.

Art. 52

Comitato regionale «Artigiancassa»

I compensi e le indennità spettanti ai componenti ed al segretario del Comitato tecnico regionale, costituito presso gli uffici della Cassa per il credito alle imprese artigiane dall'articolo 37 della legge 25 luglio 1952, n. 949, sono equiparati a quelli da corrispondere ai componenti del Comitato di cui all'articolo 33 della legge regionale 21 luglio 1976, n. 40, e fanno carico al fondo di cui all'articolo 24, comma secondo, della legge regionale 21 luglio 1976, n. 40.

Il maggior onere annuo per le spese derivanti dal presente articolo è valutato in lire 4.000.000 (cap. 07030).

E' abrogata la legge regionale 23 dicembre 1975 n. 68.

DISPOSIZIONI IN MATERIA
DI ASSISTENZA SOCIALE

Art. 53

Finanziamenti ai comuni
per l'assistenza e beneficenza

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare, nell'anno 1985, ai comuni, la somma di L. 11.000.000.000 per l'esercizio delle funzioni amministrative relative ai servizi di assistenza e beneficenza (cap. 02132).

Lo stanziamento di cui al precedente comma è ripartito tra i comuni secondo i seguenti criteri:

— per il 50 per cento in proporzione alla popolazione residente in ciascun comune, secondo i dati ufficiali ISTAT;

— per il 20 per cento in proporzione al numero della popolazione di età non inferiore ai 60 anni, residente in ciascun comune;

— per il 20 per cento in proporzione al numero della popolazione di età inferiore ai 15 anni, residente in ciascun comune;

— per il 10 per cento in proporzione alle condizioni di particolare bisogno in cui versino singoli comuni.

Art. 54

Finanziamenti ai comuni per lo svolgimento
delle funzioni attribuite dal decreto
del Presidente della Repubblica n. 348 del 1979

L'Amministrazione regionale, al fine di assicurare lo svolgimento delle funzioni attribuite in base al decreto del Presidente della Repubblica 19 giugno 1979, n. 348, è autorizzata ad erogare ai comuni, per l'anno 1985, la somma complessiva di lire 8.000.000.000, corrisposta dallo Stato ai sensi del 27° comma dell'articolo 6 della legge 22 dicembre 1984, n. 887 (cap. 04162).

Lo stanziamento di cui al precedente comma viene ripartito tra i comuni come segue:

— L. 2.000.000.000 per la fornitura gratuita dei libri di testo agli alunni delle scuole elementari;

— L. 2.000.000.000 in proporzione alla popolazione residente in ciascun comune, secondo i dati ISTAT;

— L. 2.000.000.000 in proporzione ai territori comunali;

— L. 2.000.000.000, da attribuire in relazione alla onerosità e complessità dello svolgimento delle funzioni di polizia amministrativa.

DISPOSIZIONE IN MATERIA
DI TRASPORTI

Art. 55

ARST - Contributi integrativi per investimenti

Lo stanziamento di L. 4.750.000.000, iscritto al capitolo 13026 del bilancio di previsione della Regione per l'anno finanziario 1985, è riservato integralmente all'Azienda regionale sarda trasporti - A.R.S.T. -; nei confronti della stessa Azienda la misura complessiva dei contributi può essere commisurata all'intera spesa ritenuta ammissibile.

Art. 56

Consorzio del porto di Civitavecchia

L'Amministrazione regionale è autorizzata a corrispondere al Consorzio Autonomo del porto di Civitavecchia la somma di L. 16.000.000, quale contributo di partecipazione per l'anno 1985 (cap. 13035).

DISPOSIZIONI DI CARATTERE PARTICOLARE

Art. 57

C.I.S. - Credito Industriale Sardo

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare al C.I.S. - Credito Industriale Sardo - la somma di L. 9.706.000.000 (cap. 04172) a titolo d'integrazione della quota di partecipazione della Regione all'incremento del relativo fondo di dotazione.

Art. 58

Imprese artigiane locazione finanziaria

I conferimenti regionali al fondo di cui al secondo comma dell'articolo 24 della legge regionale 21 luglio 1976, n. 40, possono essere utilizzati anche per la concessione del concorso interessi nelle operazioni di locazione finanziaria.

Art. 59

Indagine beni immobili della Regione

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad effettuare una indagine conoscitiva sui beni immobili appartenenti al patrimonio della Regione e di quelli adibiti ad uffici regionali.

Per tale iniziativa è autorizzata la spesa per l'anno 1985 di L. 300.000.000 (cap. 04111).

Art. 60

Autorizzazione e revoca del marchio di origine e qualità dei prodotti artigianali sardi

L'ultimo comma dell'articolo 6 della legge regionale 27 aprile 1984, n. 14, è sostituito dal seguente:

«Avverso il rigetto della domanda di concessione o il provvedimento di revoca è ammesso, nel termine di 30 giorni dalla comunicazione, il ricorso all'Assessore competente per l'artigianato che decide con proprio decreto in via definitiva».

Art. 61

Programma di formazione professionale

E' sospesa, nell'anno 1985, l'applicazione della misura della spesa per abitante indicata dall'articolo 31 della legge regionale 1° agosto 1979, n. 47.

La quota di mezzi propri della Regione da destinare alla realizzazione del programma di formazione professionale nel 1985 è determinata in L. 26.800.000.000 (cap. 10001).

Art. 62

Oneri attuazione legge n. 308 del 1982 sui consumi energetici

Per l'assunzione degli oneri derivanti dalle prestazioni rese alla Regione da organi tecnici dello Stato e dall'ENEL, ENI, ENEA e CNR ai sensi degli articoli 9 e 15 della legge 29 maggio 1982, n. 308, e dal punto 9) della delibera del CIPE assunta l'8 giugno 1983 è autorizzata, nell'anno 1985, la spesa di L. 350.000.000 (capp. 06071, 08069/05 e 09044/01).

Art. 63

Il presente articolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo.

Art. 64

Il presente articolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo.

Art. 65

Contributo al Comune di Villaputzu per il riscatto dei terreni concessi in enfiteusi

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere all'Amministrazione comunale di Villaputzu un contributo non superiore a L. 1.300.000.000, per riscattare i terreni già concessi in enfiteusi alla Società bonifiche fondiarie di Brescia (cap. 05122).

Art. 66

Contributo all'Ente lirico di Cagliari, modalità

Il contributo regionale di cui al capitolo 11074 è subordinato alla presentazione, da parte dell'Ente lirico di Cagliari, di un programma di attività e del rendiconto dell'attività svolta dallo stesso Ente nell'anno precedente.

Il programma e rendiconto dovranno essere pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Art. 67

Funzionamento Centro regionale di programmazione

Nelle more della riorganizzazione degli uffici tecnici della programmazione in coerenza con gli indirizzi di riforma della Regione, il Centro regionale di programmazione, costituito ed ordinato ai sensi della legge regionale n. 7, del 1962, articoli 13, 14 e 15, adempie alle funzioni attribuitegli dalla legislazione vigente. In particolare il Centro regionale di programmazione, an-

che utilizzando competenze professionali esterne all'Amministrazione regionale, organizza il sistema informativo regionale, redige, d'intesa con gli Assessorati e gli organismi competenti, il Piano generale di sviluppo economico e sociale, lo schema di assetto territoriale e i programmi generali e di settore.

Art. 68

Determinazione finanziamenti ad enti ed organismi socio-culturali

I finanziamenti da erogare, nell'anno 1985, a favore dei sotto elencati enti ed organismi socio-culturali, a termini delle vigenti rispettive norme di legge, sono determinati nella misura a fianco di ciascuno indicata:

— Capitolo 10020
Centri servizi sociali L. 200.000.000

— Capitolo 10030
Consulta femminile regionale L. 70.000.000

— Capitolo 11065
Consorzio per la gestione del Conservatorio musicale «Luigi Canepa» di Sassari L. 100.000.000

— Capitolo 11066
Istituto artistico musicale «Giuseppe Verdi» di Alghero L. 50.000.000

— Capitolo 11067
Il presente capitolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo

— Capitolo 11069
Deputazione storia patria per la Sardegna L. 20.000.000

— Capitolo 11070
Il presente capitolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo

— Capitolo 11072
Università di Cagliari - Facoltà di lettere e filosofia L. 70.000.000

— Capitolo 11075
Università di Sassari - Facoltà di scienze agrarie L. 20.000.000

— Capitolo 11076
Università di Cagliari - Facoltà di scienze politiche (attrezzature) L. 35.000.000

— Capitolo 11092
Centri per i servizi culturali L. 540.000.000

— Capitolo 11098
Istituto di studi e programmi per il Mediterraneo (I.S.P.R.O.M.) L. 50.000.000

E' altresì autorizzata, nell'anno 1985, l'erogazione, a favore dei sottoelencati enti ed organismi socio-culturali per lo svolgimento dei rispettivi compiti istituzionali in Sardegna, dei contributi nella misura a fianco di ciascuno indicata:

— Capitolo 10032
Associazione nazionale mutilati ed invalidi civili (A.N.M.I.C.) L. 300.000.000

— Capitolo 10033
Associazione nazionale mutilati ed invalidi del lavoro (A.N.M.I.L.) L. 200.000.000

— Capitolo 10034
Comitato regionale dell'ente nazionale sordomuti L. 60.000.000

— Capitolo 11074/01
Associazione musicale «Per Elisa» di Ozieri ed Ente Concerti di Oristano L. 140.000.000

— Capitolo 11079
Università Cattolica di Milano - Corsi di educazione fisica in Sassari L. 100.000.000

Lo stanziamento di cui al capitolo 10033 deve essere erogato in parti uguali fra le quattro associazioni provinciali della Sardegna.

Art. 69

Anno internazionale della gioventù

E' autorizzata, nell'anno 1985, la spesa di L. 50.000.000 (cap. 11100) per la realizzazione delle manifestazioni intese a celebrare l'«Anno internazionale della gioventù».

Art. 70

Opere universitarie

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare con propri mezzi, ad integrazione delle assegnazioni disposte a tal fine dallo Stato, contributi per il funzionamento nell'anno 1985 delle Opere universitarie di Cagliari e Sassari sino alla concorrenza di L. 4.000.000.000 (cap. 11078/01).

Art. 71

Case dello studente

E' autorizzata, nell'anno 1985, la spesa di lire 1.500.000.00 per l'attuazione degli interventi previsti dall'articolo 1 della legge regionale 11 agosto 1983, n. 20 (capitolo 11025).

La programmazione della spesa avverrà secondo il dettato dell'articolo 14 della legge regionale 25 giugno 1984, n. 31.

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare, nell'anno 1985, un contributo straordinario di L. 250.000.000 ai comuni, sedi di scuole secondarie superiori e alle province per la costruzione e l'arredamento di case dello studente (capitolo 11026).

Lo stanziamento di cui al precedente comma verrà utilizzato per le iniziative già previste dagli articoli 3, lett. d) e 9 della legge regionale 11 ottobre 1971, n. 26; la programmazione della spesa avverrà secondo il dettato dell'articolo 4 della legge regionale 25 giugno 1984, n. 31.

Art. 72

Acquisto libri testo scuole elementari

Ad integrazione dello stanziamento disposto dall'articolo 28 della legge regionale 31 dicembre 1984, n. 36, è autorizzata, tramite i Provveditorati agli studi della Sardegna, l'ulteriore spesa di L. 148.000.000, per il pagamento dei libri di testo forniti nelle rispettive province agli alunni delle scuole elementari relativamente all'anno scolastico 1984/1985 (cap. 11015).

Art. 73

Interventi per il diritto allo studio

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare ai comuni, non inclusi o inclusi in modo parziale nel programma degli interventi per il diritto allo studio relativo all'anno scolastico 1984/1985, i contributi per l'attuazione, nel medesimo anno scolostico, dei servizi di cui agli articoli 2, 3 e 6 della legge regionale 25 giugno 1984, n. 31, per complessive L. 149.000.000, (cap. 11027).

L'Assessore della pubblica istruzione, beni culturali, informazione, spettacolo e sport, nella ripartizione della somma di cui al primo comma tra i comuni interessati, è tenuto a seguire i criteri ed i parametri fissati dalla Giunta regionale per l'attuazione del programma di cui al primo comma.

Art. 74

Contributi straordinari a gruppi teatrali e associazioni culturali

Nello stanziamento previsto nel capitolo 11115, la somma di L 700.000.000, è destinata a gruppi teatrali e associazioni culturali operanti in Sardegna per l'attività svolta nel corso del 1984.

Art. 75

Contributo straordinario all'ESMAS per opere di manutenzione

E' autorizzato il finanziamento, per un importo di L. 400.000.000, per l'attuazione di un programma straordinario per la manutenzione degli edifici di proprietà regionale, dell'Ente scuole materne per la Sardegna (cap. 11028).

Art. 76

Contributo alla Sede regionale R.A.I.

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare alla Sede regionale della R.A.I. un contributo di L. 100.000.000, per la messa in opera di nuovi apparati trasmittenti che garantiscano una più ampia diffusione dalla 3.a rete T.V. (Cap. 11101).

Art. 77

Contributi per la partecipazione alla pratica sportiva

Il parametro per abitante, previsto dall'articolo 10 della legge regionale 15 giugno 1978, n. 36, ai fini della determinazione dei contributi annui da corrispondere ai comuni per favorire la più larga partecipazione alla pratica sportiva (cap. 11120), è elevato da L. 700 a L. 1.300.

Il maggior onere annuo derivante dall'applicazione del presente articolo è valutato in L. 923.000.000.

Art. 78

Strutture fisse antincendio

E' autorizzata, nell'anno 1985 la spesa di L. 800.000.000 (capitolo 05054) per la realizzazione di strutture fisse da adibire al servizio antincendi.

Art. 79

Programma pilota Ogliastra

A parziale modifica di quanto disposto dall'articolo 59 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, la spesa prevista nel programma pilota nel territorio dell'Ogliastra per l'intervento «protezione degli incendi» fa carico al capitolo 05043 del bilancio della Regione per l'anno finanziario 1985.

La relativa spesa è valutata in L. 60.000.000.

Art. 80

Impegno assegnazioni F.I.O. 1984

Gli stanziamenti di Lire 18.389.000.000 e di Lire 92.658.000.000 iscritti rispettivamente sui capitoli 05029 e 05078/02 del bilancio di previsione della Regione per l'anno 1985, relativi alle assegnazioni F.I.O. per l'anno 1984, possono essere impegnati nei limiti delle autorizzazioni di spesa di volta in volta deliberate dal CIPE.

Art. 81
Valorizzazione e salvaguardia dei laghi salsi

In deroga a quanto previsto dall'art. 7, ultimo comma, della legge regionale 6 novembre 1978, n. 64, gli interventi previsti per la valorizzazione e la salvaguardia dei laghi salsi della Sardegna con gli stanziamenti iscritti nei capitoli 05072 e 05078 dello stato di previsione della spesa dell'Assessorato della difesa dell'ambiente del bilancio della Regione per l'anno 1985, sono realizzati con le modalità previste dall'articolo 4 della stessa legge.

Gli interventi di cui agli articoli 2 e 4 della legge regionale 6 novembre 1978, n. 64, possono interessare anche lavori urgenti di scavo e pulizia canali di collegamento con specchi acquei marini aperti, porticcioli e foci di fiumi.

A tal fine possono altresì essere impiegati mezzi, personale e strutture operanti attualmente ai sensi dell'articolo 4 della citata legge.

Art. 82
Contributo alle Tonnare di Portoscuso e di Carloforte

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare ai Comuni di Portoscuso e di Carloforte la somma di L. 400.000.000 (cap. 05095) da riversare rispettivamente per il 60 per cento alla «Società a responsabilità limitata Tonnara Su Pranu Portoscuso» e per l'altro 40 per cento alla Tonnara Isola Piana - Cooperative Madonna di Bonaria e Social Pesca di Carloforte», quale contributo una tantum per il ripiano delle perdite di gestione subite a seguito del calo della tonnara del 1984 per la Tonnara di Portoscuso e per l'attivazione di quelle del 1985 per le Tonnare di Portoscuso e di Carloforte.

I comuni di Portoscuso e di Carloforte provvederanno a verificare la destinazione del contributo a dette finalità.

Art. 83
Compiti dell'Ufficio regionale di studio e allevamento della selvaggina

L'Ufficio regionale di studio e allevamento della selvaggina, con i compiti di cui agli articoli 12 e 25, secondo comma, della legge regionale 28 aprile 1978, n. 32, ha sede in Sassari nei locali d'un Centro di osservazioni ecologiche, con cui verrà instaurato un rapporto di reciproca collaborazione.

L'Assessorato della difesa dell'ambiente, alla cui competenza detto Ufficio è stato trasferito a norma dell'articolo 70 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26, approva i programmi operativi dell'Ufficio (cap. 05101) nonché le progettazioni di opere indispensabili per l'attività della sede e dei Centri dell'Ufficio (Cap. 05101-01) e predisposte dall'Ufficio tecnico dello stesso.

Per l'espletamento dei suoi compiti istituzionali l'Ufficio regionale di studio e allevamento della selvaggina può avvalersi di collaborazioni specialistiche esterne ed a tal fine l'Assessore della difesa dell'ambiente è autorizzato a stipulare contratti e convenzioni con le Università, con centri di ricerca, liberi professionisti ed imprese specializzate, con particolare riguardo a cooperative e società giovanili.

Art. 84
Proroga effetti legge regionale 28 novembre 1957, n. 25

Limitatamente alle esigenze operative della campagna di interventi per il 1985, gli effetti della legge regionale 28 novembre 1957, n. 25, per quanto concerne le procedure, le strutture ed i mezzi, sono ulteriormente prorogati sino all'approvazione della legge di riforma del Centro regionale antimalarico e anti-insetti - CRAAI - e comunque non oltre il 31 dicembre 1985.

Il CRAAI è altresì autorizzato, in relazione all'emergenza della lotta alla peste suina africana in Sardegna, ad effettuare le operazioni di bonifica delle discariche libere di rifiuti solidi, secondo le indicazioni del piano regionale per lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani.

Gli interventi di cui ai commi precedenti sono finanziati nei limiti degli stanziamenti iscritti in bilancio.

Art. 85
Fondo per gli accordi sindacali

Lo stanziamento da iscrivere al fondo di cui all'articolo 5 della legge regionale 25 giugno 1984, n. 33, e relativo agli oneri derivanti dall'applicazione delle norme contenute negli accordi sindacali per i dipendenti dell'Amministrazione regionale e degli enti strumentali (cap. 03014) è determinato, per il triennio 1985 - 1986 - 1987, nella somma complessiva di L. 32.000.000.000 così ripartita:

anno 1985 - Lire 13.000.000.000
anno 1986 - Lire 9.000.000.000
anno 1987 - Lire 10.000.000.000

Art. 86

Il presente articolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo.

Art. 87

Il presente articolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo.

Art. 88

Sovvenzione al fondo integrativo trattamento quiescenza

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare al fondo di cui alla legge regionale 5 maggio 1965, n. 15, una sovvenzione straordinaria di L. 4.000.000.000, nell'anno 1985 (cap. 02100).

Art. 89

Il presente articolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo.

Art. 90

Il presente articolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo.

Art. 91

Contributi ai Comuni

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare, in parti uguali, ai comuni di nuova istituzione di Cardedu, Quartucciu, Santa Maria Coghinas e Tergu la somma complessiva di L. 600.000.000, (cap. 08016/03) per le esigenze legate all'organizzazione e al funzionamento degli uffici comunali.

Art. 92

Contributi a favore degli handicappati

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere ai comuni per le persone handicappate, in essi residenti, assistite ai sensi dell'articolo 26, primo comma, II capoverso, legge 23 dicembre 1978, n. 833, un contributo di lire 6.000 giornaliere pro capite per il trasporto delle medesime dalle loro abitazioni ai centri di riabilitazione dove ricevono le cure.

I comuni erogheranno le somme di cui sopra agli enti e istituti che effettuano il trasporto delle persone handicappate, dietro presentazione di apposita richiesta.

Le spese per l'attuazione del presente articolo sono valutate in lire 1.000.000.000 (cap. 02134).

Art. 93

Contributo all'Associazione italiana per l'assistenza agli spastici

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere nell'anno 1985 all'Associazione italiana per l'assistenza agli spastici, sezione di Cagliari, un contributo di L. 300.000.000 per l'acquisto e il rinnovo delle attrezzature (cap. 10067).

Art. 94

Modifiche alla legge regionale 4 febbraio 1975, n. 6

Le provvidenze previste dalla legge regionale 4 febbraio 1975, n. 6, e successive modificazioni, riguardanti le prestazioni all'estero di particolare rilevanza specialistica a favore di cittadini residenti in Sardegna, sono estese a tutti i cittadini colpiti da particolari eventi morbosi previsti nei decreti del Presidente della Giunta regionale annuali di cui all'articolo 4 della citata legge regionale e successive modificazioni, che hanno necessità di cure in strutture ospedaliere altamente specializzate situate fuori dell'ambito regionale.

Le autorizzazioni al ricovero in dette strutture saranno rilasciate dalle Unità Sanitarie locali e la copertura finanziaria per l'assistenza ospedaliera sarà attuata mediante l'utilizzo di una quota parte del fondo sanitario nazionale.

Le provvidenze di cui ai precedenti commi sono estese agli affetti da morbo di Cooley che abbiano necessità di trapianto del midollo osseo.

Le spese per l'attuazione del presente articolo sono valutate in L. 700.000.000 (cap. 12088).

Art. 95

Modifiche alla legge regionale 23 gennaio 1969, n. 4 Compagnie barracellari

Nei limiti degli stanziamenti iscritti in bilancio (capp. 04011 e 04014), gli importi di cui al punto 2) dell'articolo 1 della legge regionale 23 gennaio 1969, n. 4, sono così elevati: da L. 500.000 a L. 2.500.000; da L. 20.000 a L. 80.000.

Il punto 3) dell'articolo 1 della legge regionale 23 gennaio 1969, n. 4, è così sostituito:

«Concedere premi a favore delle compagnie barracellari che si siano particolarmente distinte nell'espletamento dei compiti dell'istituto e di quelli loro affidati dal successivo articolo 2.

I premi sono concessi tenuto conto della condizione dei luoghi in cui le Compagnie operano e dei rapporti informativi sull'attività svolta».

Art. 96

Disponibilità contabilità speciale legge regionale n. 50 del 1978

In applicazione dell'articolo 29 della legge regionale 7 giugno 1984, n. 28, le comunità montane ed i com-

prensori versano in conto entrate del bilancio regionale (cap. 36105) le somme non impegnate entro il 31 dicembre 1984 a valere sulle assegnazioni ricevute ai sensi della legge regionale 2 agosto 1978, n. 50.

Art. 97

Aperture di credito a favore di funzionari delegati

Il pagamento delle somme iscritte in conto dei capitoli 02149 - 02149/01 - 02150 e 02152 - spese per lo svolgimento delle attività già di competenza degli enti di cui all'articolo 75 del decreto del Presidente della Repubblica n. 348, del 1979 - e 05072 - spese per paghe ai salariati CRAAI impiegati nell'attuazione degli interventi di recupero ambientale dell'ecosistema stagnale - del bilancio per l'anno 1985 e per quelli degli anni successivi può essere ordinato con aperture di credito a favore di funzionari delegati.

Art. 98

Integrazione della legge regionale 19 maggio 1981, n. 17

Ad integrazione dell'articolo 29 della legge regionale 19 maggio 1981, n. 17, l'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere ai comuni contributi sulle spese per la redazione di piani di sviluppo e di adeguamento della rete di vendita di cui all'articolo 11 della legge 11 giugno 1971, n. 426.

La maggiore spesa per l'attuazione del presente articolo è valutata in L. 260.000.000 (cap. 04160).

Art. 99

Anticipazioni per progetti di formazione e lavoro

L'Amministrazione regionale, tramite il «Fondo per la Formazione professionale dei lavoratori in Sardegna» può concedere agli enti pubblici economici, imprese e loro consorzi che abbiano presentato, ai sensi della legge 19 dicembre 1984, n. 863, progetti di formazione e lavoro a sostegno e ad incremento dei livelli occupazionali, una anticipazione non superiore al 45 per cento del costo totale del progetto stesso.

Gli organismi, che intendono avvalersi dei benefici di cui al comma precedente, devono presentare domanda all'Assessorato competente in materia di formazione professionale, corredata da idonea documentazione comprovante l'avvenuta approvazione da parte del competente Ministero del lavoro del progetto di formazione e lavoro, nonché l'impegno a restituire le somme anticipate non appena il Ministero stesso avrà provveduto alla liquidazione di quanto dovuto per il finanziamento dei progetti.

All'atto dell'erogazione dell'anticipazione gli organismi richiedenti dovranno completare la documentazione di cui al comma precedente, presentando una fidejussione bancaria o cessione di credito, pari all'ammontare dell'anticipazione concessa.

Parimenti potrà essere adottata la stessa procedura per la concessione di anticipazioni sulla quota a carico del Fondo di rotazione di cui all'articolo 25 della legge 21 dicembre 1978, n. 845, a favore degli organismi indicati all'articolo 8 della decisione del Consiglio delle Comunità europee n. 71/66/CEE dell'1 febbraio 1971, modificato dalla decisione n. 77/801/CEE del 20 dicembre 1977 (cap. 10004).

Art. 100

Contributo per acquisizione complesso archeologico di Monte Sirai

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare un contributo straordinario di L. 150.000.000 al Comune di Carbonia per l'acquisizione dell'area sulla quale insiste il complesso archeologico fenicio-punico di Monte Sirai (cap. 11143).

Art. 101

Il presente articolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo.

DISPOSIZIONI MODIFICATIVE INTEGRATIVE DELLA LEGGE REGIONALE N. 11 DEL 1983

NORME DI CONTABILITA'

Art. 102

Variazioni del bilancio annuale della Regione

Dal secondo comma dell'articolo 22 della legge regionale 5 maggio 1983, n. 11, è eliminata l'espressione: «solo nel caso in cui sia stata formalmente presentata allo stesso Consiglio una proposta di esercizio provvisorio».

Art. 103

Fondo di riserva per la revisione dei prezzi

Nell'articolo 29 della legge regionale 5 maggio 1983, n. 11 sono introdotti, dopo il secondo comma i seguenti:

«Al pagamento delle spese conseguenti alla revisione dei prezzi contrattuali - ivi compresi gli interessi per ritardato pagamento - per l'esecuzione di opere immobiliari di competenza dell'Assessorato dei lavori pubblici si provvede mediante utilizzazione di un apposito fondo di riserva istituito nello stato di previsione della spesa di detto Assessorato.

Il trasferimento di somme da detto fondo e la loro iscrizione ai competenti capitoli di spesa, sono disposti dall'Assessore dei lavori pubblici, su conforme deliberazione della Giunta regionale, adottata su proposta dell'Assessore medesimo, di concerto con l'Assessore della programmazione, bilancio e assetto del territorio, con propri decreti da registrarsi alla Corte dei Conti».

Art. 104
Modalità prelevamento fondi di riserva

Le facoltà di cui all'articolo 29, ultimo comma, della legge 5 maggio 1983, n. 11, concernente norme in materia di bilancio e di contabilità della Regione, sono estese ai trasferimenti dal fondo di riserva per spese obbligatorie e d'ordine e dal fondo speciale per la riassegnazione di residui perenti delle spese in conto capitale, previsti, rispettivamente, dagli articoli 23 e 31 di detta legge.

Art. 105
Variazioni ai bilanci degli enti regionali

Nell'articolo 34 della legge regionale 5 maggio 1983, n. 11, dopo il terzo comma, è inserito il seguente:

«Per le variazioni dei bilanci, concernenti partite di giro o prelevamenti dai fondi di riserva per spese aventi carattere obbligatorio, si prescinde dal parere delle Commissioni consiliari».

Art. 106
Bilancio di previsione e rendiconto generale dell'ERSAT

In relazione a quanto disposto dall'articolo 13 della legge regionale 19 gennaio 1984, n. 5, è confermata per il bilancio preventivo, le relative variazioni ed il rendiconto generale dell'Ente regionale di sviluppo e assistenza tecnica in agricoltura (ERSAT), la procedura di approvazione prevista dall'articolo 34 della legge regionale 5 maggio 1983, n. 11.

Art. 107
Aperture di credito

L'ultimo comma dell'articolo 46 della legge regionale 5 maggio 1983, n. 11, è sostituito dai seguenti:

«Le somme prelevate direttamente dal funzionario delegato mediante buoni e non utilizzate entro il 31 marzo dell'anno successivo per il pagamento di spese di competenza dell'anno cui si riferiscono le corrispondenti aperture di credito, sono dai funzionari delegati versate in tesoreria entro la medesima data.

Le somme prelevate mediante buoni e non utilizzate per il pagamento di anticipazioni sulle indennità di missione possono, previo decreto autorizzativo dell'Assessore degli affari generali, personale e riforma della Regione, essere utilizzate, entro il 31 marzo dell'anno successivo, per pagare indennità di missione e di trasferimento dell'anno scaduto».

Art. 108
Modifiche alla legge regionale 5 maggio 1983, n. 11

L'articolo 60 della legge regionale 5 maggio 1983, n. 11, è abrogato.

Art. 109
Accertamento dei residui passivi

All'articolo 61 della legge regionale 5 maggio 1983, n. 11, è aggiunto il seguente comma:

«Il Presidente della Giunta può delegare la firma dei decreti previsti dal presente articolo al Coordinatore della Ragioneria generale della Regione».

Art. 110
Residui passivi derivanti da assegnazioni statali

La proroga del termine previsto dall'articolo 1 della legge regionale 12 marzo 1976, n. 12, è ridotta a tre anni con effetto dal 31 dicembre 1985.

Art. 111
Copertura finanziaria

Alle nuove o maggiori spese derivanti dall'applicazione della presente legge si fa fronte, come indicato dalla tabella C allegata alla presente degge, con le risorse proprie della Regione e con le assegnazioni dello Stato previste nel bilancio di previsione per l'anno finanziario 1985.

Art. 112
Dichiarazione d'urgenza e di entrata in vigore

La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti dell'articolo 33 dello Statuto speciale per la Sardegna ed entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.

Cagliari, addì 28 maggio 1985

MELIS

TABELLA A

INDICAZIONE DELLE VOCI DA INCLUDERE
NEL FONDO SPECIALE DI PARTE CORRENTE
(Cap. 03016 - fondi regionali)

1) Disegno di legge concernente «Applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 19 giugno 1979, n. 348»	lire	8.000.000.000
2) Disegno di legge concernete «Riforma della Assistenza»	lire	8.000.000.000
3) Disegno di legge concernente «Istituzione del Corpo forestale e di vigilanza ambientale della Regione Sarda».	lire	4.000.000.000
4) Disegno di legge concernente «Interventi regionali in materia di protezione civile»	lire	1.000.000.000
5) Disegno di legge concernente «Anagrafe dell'utenza di edilizia abitativa»	lire	1.000.000.000
6) Disegno di legge concernente «Agenzia del lavoro»	lire	1.000.000.000
7) Disegno di legge concernente «Sviluppo degli interventi sociali»	lire	1.000.000.000
8) Disegno di legge concernente «Incentivazioni per lo sport»	lire	500.000.000
9) Disegno di legge concernente «Calamità naturali»	lire	5.000.000.000
	Totale lire	29.500.000.000

TABELLA B

INDICAZIONE DELLE VOCI
DA INCLUDERE NEL FONDO SPECIALE DEL CONTO CAPITALE
(Cap. 03017 - fondi regionali)

1) Disegno di legge concernente «Società finanziaria regionale»	lire	20.000.000.000
2) Disegno di legge concernente «Valorizzazione delle terre pubbliche»	lire	5.000.000.000
3) Disegno di legge concernente «Norme per l'accelerazione della spesa e l'adeguamento della legislazione in materia di agricoltura»	lire	5.000.000.000
4) Disegno di legge concernente «Interventi per il sostegno dei settori produttivi»	lire	1.000.000.000
5) Disegno di legge concernente «Edilizia residenziale»	lire	35.000.000.000
	Totale lire	66.000.000.000

TABELLA C

PROSPETTO DIMOSTRATIVO DEGLI ONERI DERIVANTI DELLA PRESENTE LEGGE E DEI MEZZI DI COPERTURA FINANZIARIA

Importi in miloni di lire
F.R. = mezzi propri della Regione
A.S. = assegnazioni statali

Art.	Capitolo	Nuova o maggiore Spesa anno 1985	Spesa anni successivi	Natura mezzi	Onere analogo cessato nel 1984	Norma autorizzativa onere 1984
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI OPERE PUBBLICHE						
4	08015	46.720 (1)		F.R.		
5	08016	10.000		F.R.	6.000	Art. 6, L.R. 26/84 e art. 2, L.R. 36/84
6	08017	1.000		F.R.	500	Art. 7, L.R. 26/84
6	08030	2.500		F.R.	1.500	Art. 3, L.R. 36/84
7	05012, 06250 08029/01	80.000		F.R.		
8	08035/03	20.000		F.R.	26.550	Art. 9, L.R. 26/84, e art. 1 L.R. 36/84
9	08055/01	20.000		F.R.	40.000	Art. 8, L. R. 26/84
10	08042	12.000		F.R.	2.200	Art. 13, 2° comma, L.R. 26/84
11	08182	15.000		F.R.	10.220	Art. 11, L.R. 26/84, art. 4, L.R. 36/84
12	08117/01	10.000		F.R.	21.000	Art. 19, L.R. 26/84
13	08146/01	2.000		F.R.	2.000	Art. 14, L.R. 26/84
14	08004	5.000		F.R.	3.000	Art. 12, L.R. 26/84
15	08069/04	7.500		F.R.	7.000	Art. 22, L.R. 26/84
16	08034	103 (2)	dal 1986 al 2019	F.R.		
17	03034	3.000		F.R.		
18	03034/02	500		F.R.		
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI EDILIZIA RESIDENZIALE						
21	08113	15.000	1986 25.000	F.R.		
22	08092/02	27.000		F.R.	19.000	Art. 17, L.R. 26/84
23	08109	5.000 (2 bis)	dal 1986 al 1989 11.400 dal 1990 al 1993 9.600 dal 1994 al 1997 7.950 dal 1998 al 2001 7.200 nel 2002 300	F.R.		
24	08033	3.000		F.R.		
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AGRICOLTURA						
28	06017, 06019, 06025/01 06049, 06053, 06068 06086, 06087, 06088 06150, 06151/01, 06163 06167, 06222, 06231/01 06234/01, 06245, 06261					Art. 29, L.R. 26/84
	06262, 06263/01	90.117		A.S.		LL. 984/77, 403/77 e art. 18, 1° comma L. 887/84

Art.	Capitolo	Nuova o maggiore Spesa anno 1985	Spesa anni successivi	Natura mezzi	Onere analogo cessato nel 1984	Norma autorizzativa onere 1984
29	06234	2.000		F.R.	10.000	Art. 35, L.R. 26/84
30	06060	4.000 (3)	dal 1986 al 2006	F.R.		
31	06229/02	500		F.R.		
32	06223	8.500		F.R.		
33	06107	3.000		F.R.	2.000	Art. 32, L.R. 26/84
34	06108	8.000		F.R.	3.000	Art. 15, L.R. 36/84
36	06220	5.000 (4)	dal 1986 al 2004	F.R.		
37	06083, 06086/01 06087/01, 06088/01	5.500		F.R.	8.000	Art. 31, L.R. 26/84
38	06237	2.700		F.R.	2.700	Art. 39, L.R. 26/84
39	06201	500		F.R.		
40	06233	1.000		F.R.		
41	06266	2.000		F.R.	2.000	Art. 68, L.R. 26/84
42	06282/01	7.100		F.R.	20.000	Art. 96, L.R. 26/84
43	06285	15.000		F.R.		
44	Titoli spesa P/1.01 e P/1.06 - Piano zone interne - L.R. 39/1973	12.700		F.R.		interessi attivi c/c Piano zone interene - L. 39/73
46	06271/02	1.500		F.R.	1.000	Art. 47, L.R. 26/84
47	06023	1.100		F.R.		
49	06243	2.000		F.R.	100	Art. 20, L.R. 36/84
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI INDUSTRIA						
50	09050	20.000		F.R.	31.000	Art. 49, L.R. 26/84
52	07030	4		F.R.		
DISPOSIZONI IN MATERIA DI ASSISTENZA SOCIALE						
53	02132	11.000		F.R.	8.000	Art. 24, L.R. 36/84
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI TRASPORTI						
55	13026	4.750		F.R.	4.000	Art. 48, L.R. 26/84
56	13035	16		F.R.	16	Art. 98, L.R. 26/84
DISPOSIZIONI DI CARATTERE PARTICOLARE						
57	04172	9.706		F.R.		
59	04111	300		F.R.		
61	10001	14.513 (5)		F.R.	17.713	Art. 63, L.R. 26/84 e art. 26 L.R. 36/ 84
62	06071, 08069/05, 09044/01	350		F.R.		
63	03053	3.000		F.R.		
64	03051, 03052	5.000		F.R.		
65	05022	1.300		F.R.		
68	10020	200		F.R.	150	Art. 88, L.R. 26/84
	10030	60 (14)		F.R.	40 (14)	Art. 87, L.R. 26/84
	11065	60 (8)		F.R.	20 (8) (9)	Art. 78, L.R. 26/84
	11066	20 (9)		F.R.		
	11067	140 (10)		F.R.	10 (10)	Art. 79, L.R. 26/84

Art.	Capitolo	Nuova o maggiore Spesa anno 1985	Spesa anni successivi	Natura mezzi	Onere analogo cessato nel 1984	Norma autorizzativa onere 1984
	11069	18,5 (11)		F.R.	8,5 (11)	Art. 79, L.R. 26/84
	11070	20 (16)		F.R.	15 (16)	Art. 79, L.R. 26/84
	11072	20 (6)		F.R.	20 (6)	Art. 77, L.R. 26/84
	11075	18 (7)		F.R.	18 (7)	Art. 77, L.R. 26/84
	11076	30 (12)		F.R.	10 (12)	Art. 79, L.R. 26/84
	11092	540		F.R.	540	Art. 94, L.R. 26/84
	11098	30 (13)		F.R.	30 (13)	Art. 85, L.R. 26/84
	10032	300		F.R.	250	Art. 89, L.R. 26/84
	10033	200		F.R.	100	Art. 90, L.R. 26/84
	10034	60		F.R.	50	Art. 91, L.R. 26/84
	11074/01	140		F.R.		
	11079	100		F.R.	100	Art. 81, L.R. 26/84
69	11100	50		F.R.		
70	11078/01	4.000		F.R.		
71	11025, 11026	1.750		F.R.	1.750	Artt. 75 e 82, L.R. 26/84
72	11015	148		F.R.	100	Art. 28, L.R. 36/84
73	11027	149		F.R.		
75	11028	400		F.R.		
76	11101	100		F.R.		
77	11120	923 (15)	Permanente	F.R.		
78	05054	800		F.R.	1.960	Art. 67, L.R. 26/84
79	05043	60		F.R.		
82	05095	400		F.R.		
85	03014	13.000	1986 9.000 1987 10.000	F.R.		
88	02100	4.000		F.R.	3.000	Art. 19, L.R. 33/84
90	02102, 12116	300		F.R.		
91	08016/03	600		F.R.		
92	02134	1.000	Permanente	F.R.		
93	10067	300		F.R.		
94	12088	700	Permanente	F.R.		
98	04160	260		F.R.		
99	10004	1.000		F.R.		
100	11143	150		F.R.		
101	01001	600	Permanente	F.R.		

NOTE:

1) - Maggior onere rispetto alla spesa autorizzata con gli artt. 4 (lire 64.000 milioni) e 5 (lire 25.640 milioni) della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26.

2) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalle leggi regionale 12 novembre 1982, n. 38 (art. 26 - lire 30 milioni) e 29 dicembre 1983, n. 31 (art. 39 - lire 30 milioni).

2 bis) - Onere rideterminato rispetto a quello previsto dall'art. 6 della legge regionale 31 dicembre 1984, n. 36 (lire 14.000 milioni) con conseguente minore spesa per il 1985 di lire 9.000 milioni.

3) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dall'art. 30 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26.

4) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dall'art. 33 della legge regionale 31 maggio 1984, n. 26.

5) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dagli artt. 31 e 34 della legge regionale 1 agosto 1979, n. 47.

6) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 11 agosto 1970, n. 20.

7) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 7 febbraio 1950, n. 4.

8) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 25 marzo 1953, n. 7.
9) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 27 giugno 1979, n. 54.
10) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 23 ottobre 1952, n. 29.
11) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 19 aprile 1956, n. 11.
12) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 4 febbraio 1965, n. 2.
13) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 27 novembre 1979, n. 61.
14) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 27 giugno 1979, n. 53.
15) - Maggior onere valutato in lire 923 milioni.
16) - Maggior onere rispetto a quello autorizzato dalla legge regionale 4 febbraio 1965, n. 2.

TOTALI NUOVE O MAGGIORI SPESE: L. 560.125,5

di cui: F.R. - L. 470.008,5
A.S. - L. 90.117

FONTI COPERTURA:

A.S.: — art. 18, 1° comma, legge 887/84 L. 90.117
Leggi 984/77 e 403/77

F.R.: — cessazione oneri analoghi 1984 L. 256.670,5
— interessi attivi P.Z.I. L. 12.700
L. 269.370,5

— differenza da coprire con incremento entrate tributarie L. 200.638

L. 470.008,5

Totale copertura L. 560.125,5

LEGGE REGIONALE 28 maggio 1985, n. 13.

Disposizioni per la formazione del bilancio annuale della Regione per l'anno finanziario 1983 (legge finanziaria).

(Pubblicata nel Bollettino ufficiale *della Regione Sardegna n. 26 dell'11 giugno 1985)*

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

Art. 1

Determinazione spese carattere pluriennale

Le spese di cui le norme vigenti non determinano gli stanziamenti da iscrivere nel bilancio, restano stabilite, per l'anno 1983, nelle somme indicate nei rispettivi capitoli.

Le spese di cui le norme vigenti determinano gli stanziamenti da iscrivere nel bilancio per l'anno 1983 sono confermate — salve le diverse determinazioni contenute nella presente legge nelle somme autorizzate dalle norme medesime; nei casi in cui le norme anzidette determinino soltanto l'importo minimo o massimo degli stanziamenti, questi restano stabiliti nelle somme indicate nei rispettivi capitoli.

Art. 2

Fondi «globali»

Nelle tabelle A, B, C e D, allegate alla presente legge sono indicate le voci da iscrivere nei fondi speciali per il finanziamento dei provvedimenti legislatvi che si prevede possano essere approvati nel corso dell'anno 1983.

I rispettivi importi di detti fondi restano determinati nel seguente modo:

a) fondo speciale spese correnti (fondi regionali - Cap. 03016) L. 2.065.000.000

b) fondo speciale spese conto capitale (fondi regionali - Cap. 03017) L. 39.169.000.000

c) fondo speciale spese correnti (assegnazioni statali - Cap. 03018) L. 4.000.000.000

d) fondo speciale spese conto capitale (assegnazioni statali - Cap. 03019) L. 4.922.500.000

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI OPERE PUBBLICHE

Art. 3

Programma straordinario di opere pubbliche di interesse sovraccomunale

Per l'attuazione di un programma straordinario di interventi nel settore delle opere pubbliche di interesse sovraccomunale finalizzato, oltre che alla manutenzio-

ne straordinaria delle opere stesse - compresi eventuali completamenti, ampliamenti e ristrutturazioni, miglioramenti ed adeguamenti di impianti tecnologici - anche alla realizzazione di opere igieniche, limitatamente ai mattatoi ed ai mercati e ad interventi per la salvaguardia di edifici di culto di interesse artistico, è autorizzata la spesa di lire 5.000.000.000 (cap. 08016).

All'accreditamento dei fondi ed all'attuazione delle opere finanziate viene provveduto in conformità di quanto previsto per le opere di programmazione regionale di cui al capo II della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45, e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 4
Opere acquedottistiche e fognarie

Per l'attuazione di un programma di opere acquedottistiche e fognarie è autorizzata, per l'anno finanziario 1983, ad integrazione delle assegnazioni statali disposte ai sensi delle leggi 1° maggio 1976, n. 319, e 24 dicembre 1979, n. 650, la spesa di lire 10.000.000.000 (Cap. 08035/03).

Art. 5
Programmi per il completamento di opere pubbliche

Per il completamento delle opere già incluse nei programmi approvati dal Ministero per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e trasferite alla Regione è autorizzata per l'anno finanziario 1983, ad integrazione delle assegnazioni ricevute ai sensi dell'articolo 7 della legge 2 maggio 1976, n. 183, la spesa di lire 5 miliardi (Cap. 08025/01).

Per l'attuazione di un programma di completamento di strade di interesse regionale (Cap. 08042) è autorizzata per l'anno finanziario 1983 la spesa di lire 2 miliardi.

Art. 6
Completamento opere pubbliche V Programma esecutivo Piano rinascita

E' autorizzata la spesa complessiva di L. 1.600.000.000 (Capitolo 08027) per il completamento di opere pubbliche parzialmente eseguite con i fondi del V Programma esecutivo della legge 11 giugno 1962, n. 588; detto stanziamento sarà trasferito alla contabilità speciale di cui alla precitata legge in un'unica soluzione, per essere erogato con imputazione al titolo di spesa 5.2.01 dello stesso V Programma esecutivo.

Art. 7
Spese per l'attuazione di un programma di opere portuali

Per l'anno 1983 è autorizzata la spesa di lire 8 miliardi per l'attuazione di un programma di opere portuali (Cap. 08182).

Art. 8
Determinazione stanziamenti interventi capi III e IV, L.R. n. 45 del 1976

Gli stanziamenti da destinarsi agli interventi di cui ai capi III e IV della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45, sono determinati per l'anno 1983 in rispettive lire 1.500.000.000 (Capitolo 08030) e lire 2.000.000.000 (Capitolo 08017.

Il terzo comma dell'articolo 13 della legge regionale 7 maggio 1981, n. 14, è abrogato.

NORME IN MATERIA DI EDILIZIA RESIDENZIALE

Art. 9
Approvazione programma quadriennale e progetti biennali legge n. 457 del 1978

Il programma quadriennale e i progetti biennali di edilizia residenziale da predisporsi, in applicazione dell'articolo 4, lettera b), della legge 5 agosto 1978, n. 457, per l'impiego delle quote assegnate alla Regione sulle disponibilità imputabili ai bienni 1982-1983 e 1984-1985 sono approvati con decreto del Presidente della Giunta regionale su conforme deliberazione della Giunta medesima.

Sulla base del decreto di approvazione del programma e dei progetti biennali, l'Assessore dei lavori pubblici autorizza l'impegno della spesa e i conseguenti pagamenti in favore degli enti attuatori, per le somme a ciascuno di essi assegnate nei progetti medesimi.

Art. 10
Utilizzazione quote limiti d'impegno assegnate dallo Stato

Sulla base del decreto di approvazione del programma e dei progetti biennali per l'edilizia agevolata-convenzionata l'Assessore dei lavori pubblici è autorizzato ad impegnare con unico provvedimento i limiti d'impegno assegnati alla Regione per l'esecuzione dei progetti stessi. Tale facoltà è estesa ai limiti d'impegno autorizzati per i progetti biennali di edilizia egavolata-convenzionata 1978-1979, 1980-1981 e 1982-1983.

Tale facoltà è altresì estesa ai limiti di impegno autorizzati ai sensi dell'articolo 26 della legge n. 457 del 5 agosto 1978 e dell'articolo 9 della legge 15 febbraio 1980, n. 25.

Art. 11
Apertura dei conti correnti per pagamento concorso interessi

Alla erogazione dei fondi agli istituti di credito per l'attuazione delle leggi di cui all'articolo precedente può

provvedersi mediante l'apertura presso gli istituti tesorieri regionali di appositi conti correnti bancari intestati alla Regione Autonoma della Sardegna e distinti per ciascun progetto biennale e per ciascuna legge citata nell'ultimo comma dell'articolo precedente stesso.

Su tali conti correnti l'istituto tesoriere provvede ad effettuare le erogazioni in conto preammortamento e ammortamento agli istituti creditori alle scadenze previste nei provvedimenti di concessione dei contributi in conto interesse e dalle convenzioni in essere tra la Regione e gli istituti stessi.

Entro 15 giorni dalla effettuazione dei pagamenti di cui al precedente comma l'istituto tesoriere produrrà alla Regione, per il successivo inoltro agli organi di controllo, l'elenco delle erogazioni effettuate per ciascun istituto operatore.

Sui conti correnti di cui al precedente primo comma l'Amministrazione regionale è autorizzata ad effettuare in ciascun esercizio finanziario i necessari accreditamenti avvalendosi delle annualità impegnate ai sensi del precedente articolo 10 in relazione ai presumibili flussi dei pagamenti connessi alle erogazioni in fase di preammortamento e ammortamento dei mutui.

Con apposita convenzione verranno disciplinate le modalità di gestione dei conti correnti di cui al precedente articolo.

Gli interessi attivi maturati su detti conti correnti dovranno essere versati alla fine di ogni esercizio in conto entrate del bilancio regionale.

Art. 12

Delega esercizio controllo procedure e vincoli economici e tecnici

La delega conferita ai comuni ai sensi del secondo comma, lettera a), dell'articolo 25 della legge regionale 10 maggio 1979, n. 38, è estesa agli interventi edilizi finanziati ai sensi dell'articolo 9 della legge 15 febbraio 1980, n. 25.

Art. 13

Contributi straordinari della Regione ad integrazione del contributo statale di cui all'art. 38, L. n. 457 del 1978

Il tasso di cui al primo comma dell'articolo 27 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38, è quello in vigore alla data degli atti di erogazione finale dei mutui assistiti a contributo dello Stato in applicazione dell'articolo 38 della legge 5 agosto 1978, n. 457.

Il limite di impegno di cui al terzo comma dell'articolo 27 citato nel comma precedente è modificato in lire 471.000.000 negli esercizi dal 1983 al 2002 e nell'importo di L. 390.000.000 nei successivi quattro esercizi (Cap. 08091/01).

Avvalendosi dei limiti di impegno di cui al comma precedente l'Amministrazione regionale è autorizzata altresì a concedere i contributi integrativi di cui all'articolo 5 quater, primo comma, della legge 25 marzo 1982, n. 94, alle cooperative edilizie i cui lavori abbiano avuto termine prima dell'entrata in vigore del decreto legge 23 gennaio 1982, n. 9.

Il tasso a carico del mutuatario non potrà in ogni caso essere inferiore al 5,5 per cento.

Art. 14

Utilizzazione residue disponibilità fondo edilizia economica e popolare L.R. n. 22 del 1975

L'Assessore dei lavori pubblici, mediante uno o più provvedimenti, è autorizzato a versare alla contabilità speciale della legge 24 giugno 1974, n. 268, al fine di incrementare lo stanziamento iscritto al titolo di spesa 8.3.2/1 denominato «intervento per l'edilizia abitativa» del programma straordinario 1982-1984, le disponibilità finanziarie sussistenti sul «Fondo per l'edilizia economica e popolare e lo sviluppo urbano» di cui alla legge regionale 18 aprile 1975, n. 22 e non più impegnabili ai sensi della legge stessa e del relativo regolamento di esecuzione.

La gestione del fondo di cui al comma precedente permane, secondo le norme di cui alla legge n. 22 del 18 aprile 1975, sino all'esaurimento, in termini di competenza e di cassa, delle disponibilità ancora occorrenti a regolare le partite residue.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AGRICOLTURA

Art. 15

Destinazione quote legge n. 984 del 1977

A valere sulle quote spettanti alla Regione degli stanziamenti previsti per l'applicazione della legge 27 dicembre 1977, n. 984, sono autorizzate per l'anno finanziario 1983 le seguenti spese per gli interventi appresso indicati:

a) esecuzione di opere pubbliche di irrigazione nei comprensori di bonifica in applicazione dell'articolo 22 della legge 2 giugno 1961, n. 454 (Cap. 06249): lire 21.500.000.000;

b) manutenzione ed esercizio di lotti di opere di bonifica in applicazione dell'articolo 17, commi primo e secondo del regio decreto 13 febbraio 1933, n. 215 (Cap. 06245): L. 2.000.000.000;

c) incremento del fondo per il piano di intervento nelle zone interne a prevalente economia pastorale, approvato con legge regionale 10 dicembre 1973, n. 39, per le attività previste dal titolo di spesa P. 1-01 (Cap. 06285): L. 6.500.000.000;

d) costruzioni di acquedotti rurali, in applicazione dell'articolo 17 della legge 27 ottobre 1966, n. 910 (Cap. 06086): L. 1.200.000.000;

e) esecuzione di opere di elettrificazione agricola, in applicazione dell'articolo 19 della legge 27 ottobre 1966, n. 910, e dell'articolo 15 della legge regionale 12 novembre 1982 ,n. 38 (Cap. 06087): 3.000.000.000;

f) costruzione e riattamento di strade vicinale ed interpoderali, in applicazione dell'articolo 17 della legge 27 ottobre 1966, n. 910 (Cap. 06088); L. 8.550.000.000;

g) contributi per l'esecuzione delle opere di miglioramento fondiario previste dal progetto di promozione per il compartó lattiero-caseario in applicazione della legge regionale 13 luglio 1962, n. 9, e successive modificazioni (Cap. 06049): L. 3.000.000.000;

h) costruzione di strutture di ogni tipo per colture protette in serre, con esclusione di quelle in legno e plastica, ivi comprese le attrezzature atte ad utilizzare l' energia solare ed eolica, in applicazione della legge regionale 26 ottobre 1950, n. 46, e successive modificazioni ed integrazioni (Cap. 06053): L. 3.000.000.000;

i) iniziative dirette dell'Amministrazione regionale per promuovere l'incremento ed il miglioramento della produzione zootecnica, in applicazione delle leggi 29 giugno 1929, n. 1366, e 27 novembre 1956, n. 1367 (Cap. 06150): L. 1.450.000.000;

l) concessione di contributi per promuovere l'incremento ed il miglioramento della produzione zootecnica, in applicazione delle leggi 29 giugno 1929, n. 1366, e 27 novembre 1956, n. 1367 (Cap. 06151/01): L. 80.000.000;

m) concessione di contributi per l'acquisto di bestiame per il miglioramento ed il risanamento del patrimonio zootecnico, in applicazione dell'articolo 17 della legge 2 giugno 1961, n. 454 (Capitolo 06163): lire 2.990.000.000;

n) concessione di premi per il miglioramento zootecnico, in applicazione dell'articolo 14 della legge 27 ottobre 1966, n. 910 (Cap. 06167): L. 1.750.000.000;

o) concessione di un contributo per le attività istituzionali del Consorzio regionale dei vini DOC della Sardegna (Cap. 06021): L. 70.000.000;

p) impianto di mandorli, noccioli e noci, in applicazione della legge regionale 26 ottobre 1950, n. 46, e successive modificazioni e integrazioni (Cap. 06055): lire 440.000.000;

q) concessione, a favore di cooperative agricole e loro consorzi, di contributi fino all'80 per cento della spesa ammessa, per acquisto di mezzi ed attrezzature destinati al trasporto dei prodotti agricoli e zootecnici secondo le modalità previste dalla legge regionale 9 novembre 1950, n. 47 (Cap. 06222): L. 1.390.000.000;

r) finanziamento dei centri di assistenza tecnica in agricoltura, in applicazione della legge regionale 15 marzo 1976, n. 14 (Cap. 06011): L. 6.600.000.000;

s) concessione di contributi per l'acquisto di macchine ed attrezzi agricoli per l'ortofrutticoltura e la maiscoltura, in applicazione della legge regionale 2 agosto 1951, n. 14, e successive modificazioni ed integrazioni (Cap. 06182): L. 500.000.000.

Art. 16
Promozione e commercializzazione dei prodotti agricoli

Una quota, pari a lire 5.000.000.000, degli interessi attivi maturati sul conto corrente bancario relativo al «Fondo per l'attuazione del Piano di intervento nelle zone interne a prevalente economia pastorale», di cui alla legge regionale 10 dicembre 1973, n. 39, è destinata ad incrementare lo stanziamento del titolo di spesa P. 1.06 per le iniziative previste dal paragrafo 6.6 del piano medesimo, modificato dall'articolo 4 della legge regionale 3 febbraio 1981, n. 5 (promozione e commercializzazione dei prodotti agricoli).

I programmi di utilizzazione dello stanziamento sono approvati ai sensi dell'articolo 4, lettera i), della legge regionale 7 gennaio 1977, n. 1.

Art. 17
Concorsi negli interessi su mutui di miglioramento fondiario

Per la concessione del concorso negli interessi sui mutui di miglioramento fondiario di cui agli articoli 1 e 8 della legge regionale 8 luglio 1975, n. 30, è autorizzato l'ulteriore limite d'impegno di lire 1.000.000.000 le cui annualità saranno iscritte nei bilanci della Regione per gli anni dal 1983 al 2004 (Cap. 06060).

Art. 18
Fondo regionale sviluppo zootecnia

L'integrazione del fondo di cui all'articolo 27 della legge regionale 23 gennaio 1981, n. 4, concernente la concessione di prestiti per lo sviluppo della zootecnia ai sensi della legge 8 agosto 1957, n. 777, e successive modificazioni ed integrazioni (Cap. 06107), è determinata, per l'anno finanziario 1983, in L. 1.000.000.000.

Art. 19

Spese per l'acquisizione della D.A.I. di Terralba

E' autorizzata la spesa di lire 1.000.000.000 per l'acquisizione e la conseguente ristrutturazione, in base ad un programma organico predisposto dalla Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente per materia, da parte della DI.CO.VI.SA., della Distilleria agricola industriale D.A.I. di Terralba (Cap. 06237).

Art. 20

Spese per la realizzazione dell'impianto di depurazione della DI.CO.VI.SA.

E' autorizzata la spesa di L. 1.000.000.000 a favore della DI.CO.VI.SA. per la realizzazione delle opere necessarie alla depurazione delle acque di scarico dello stabilimento (Cap. 06237).

Art. 21

Contributi per impianti cooperativi

E' autorizzata la spesa di lire 1.000.000.000 nell'anno finanziario 1983 per la concessione delle provvidenze previste dall'articolo 9 della legge 27 ottobre 1966, n. 910, a favore delle strutture cooperative (Cap. 06234).

Art. 22

Contributi integrativi in agricoltura

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad integrare, fino alla misura prevista dalle leggi regionali, i contributi erogati a favore di aziende agricole, ai sensi di leggi dello Stato e di regolamenti comunitari.

Art. 23

Modifica alla legge regionale 23 novembre 1979, n. 60

Le Commissioni previste dall'articolo 4 della legge 26 maggio 1965, n. 590 stabiliscono i valori fondiari medi necessari per determinare il prezzo congruo per la concessione dei mutui destinati all'acquisto dei fondi rustici di cui all'articolo 10 della legge regionale 23 novembre 1979, n. 60.

Gli imprenditori agricoli a titolo principale, indicati nell'articolo 6, primo comma, della legge regionale 23 novembre 1979, n. 60, quali beneficiari dei mutui per l'acquisto di fondi rustici, si identificano nei coltivatori diretti, che siano lavoratori manuali e abituali della terra

Art. 24

Patrimoni silvo-pastorali di Comuni

Lo stanziamento del capitolo 06307 dello stato di previsione della spesa dell'Assessorato dell'agricoltura e riforma agro-pastorale del bilancio di previsione della Regione per l'anno finanziario 1983, destinato all'erogazione di contributi in favore dei Comuni per le spese sostenute nella gestione del proprio patrimonio silvo-pastorale, può essere utilizzato anche per le spese sostenute a tal fine dagli stessi Comuni negli anni 1981 e 1982.

Art. 25

Elettrificazione agricola

Le anticipazioni previste dal secondo comma dell'articolo 15 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38, in favore dell'ENEL, sono elevate rispettivamente dal 30 al 37,5 per cento e dal 40 al 50 per cento dell'onere a carico della Regione (Cap. 06087).

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI INDUSTRIA

Art. 26

Fondo tutela livelli occupativi

L'integrazione del fondo di cui all'articolo 1 della legge regionale 10 dicembre 1976, n. 66 (Cap. 09050), è determinata, per l'anno finanziario 1983, in lire 32 miliardi.

Art. 27

Credito di esercizio

L'articolo unico della legge regionale 15 marzo 1978, n. 12, è sostituito dal seguente:

«L'ammontare dei prestiti di cui alla presente legge non può superare per ciascuna delle imprese sovvenzionate la complessiva somma di L. 500.000.000. Gli interessi, i diritti di commissione e le spese accessorie devono complessivamente gravare sul beneficiario dei prestiti in misura almeno pari a quella del tasso creditore percepito dalla Regione sulle giacenze di tesoreria».

Art. 28

Utilizzo delle giacenze sulla contabilità speciale di cui agli articoli 2 e 26 legge n. 268 del 1974

Le giacenze presenti sulla contabilità speciale prevista dagli articoli 2 e 26 della legge 24 giugno 1974, n, 268, possono essere impiegate per la concessione di anticipazioni finanziarie in conto delle provvidenze previste dalla legislazione nazionale a favore delle imprese industriali e per le quali sia stata conclusa positivamente la istruttoria.

Art. 29

Programma di formazione professionale

In relazione all'incremento della svalutazione monetaria è sospesa l'applicazione della misura della spesa per abitante indicata dall'articolo 31 della legge regionale 1.o agosto 1979, n. 47.

La quota di mezzi propri della Regione da destinarsi alla realizzazione del programma di formazione professionale nel 1983 è determinata in L. 15.500.000.000 (Cap. 10001).

Art. 30

Assegni di studio agli studenti universitari

E' sospeso per l'anno 1983 il finanziamento previsto dall'articolo 11 della legge regionale 11 ottobre 1971, n. 26, per la concessione di assegni di studio agli studenti delle Università di Cagliari e Sassari, tramite le rispettive Opere universitarie.

Art. 31

Contributi alle Università di Cagliari e Sassari

I contributi da concedere per l'anno 1983 alla facoltà di lettere e filosofia dell'Università di Cagliari e alla facoltà di Scienze agrarie dell'Università di Sassari sono rispettivamente elevati da 50 a 60 milioni (Cap. 11072) e da 2 a 10 milioni (Cap. 11075).

Art. 32

Anticipazioni ai Comuni

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad anticipare ai Comuni, entro il 30 giugno 1983, una quota delle somme, previste nei Capitoli 11004 e 11006, non superiore al 50 per cento delle somme complessivamente erogate agli stessi nel corso del 1982.

Art. 33

Piano eradicazione peste suina: contributo integrativo all'Istituto zooprofilattico

Per l'effettuazione dello screening sierologico sui suini previsto dall'articolo 8 della legge regionale 5 febbraio 1982, n. 6, l'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere all'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna un ulteriore finanziamento di lire 740 milioni, a valere sui fondi assegnati dallo Stato con deliberazione assunta dal CIPE in data del 20 luglio 1980 (Cap. 12160).

E' abrogato l'articolo 46 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38.

Art. 34

Valorizzazione e salvaguardia dei laghi salsi

In deroga a quanto previsto dall'articolo 7, ultimo comma, della legge regionale 6 novembre 1978, n. 64, gli interventi previsti per la valorizzazione e la salvaguardia dei laghi salsi della Sardegna con gli stanziamenti iscritti nei capitoli 05072, 05077 e 05078 dello stato di previsione della spesa dell'Assessorato della difesa dell'ambiente del bilancio della Regione per l'anno 1983 sono realizzati con le modalità previste dall'articolo 4 della stessa legge.

Con le stesse modalità può essere eseguito un programma di opere utilizzando le disponibilità esistenti sul conto dei residui del capitolo 05078/01 del predetto stato di previsione della spesa sino alla concorrenza dell'importo di L. 6.000.000.000; a tali interventi non può procedersi col sistema del servizio in economia.

Nelle more della ripresa dei lavori di bonifica nello stagno di Santa Gilla l'Amministrazione regionale è autorizzata ad impiegare i pescatori di detto stagno anche in interventi di valorizzazione e salvaguardia di altri laghi salsi dell'Isola sulla base di programmi predisposti dall'Assessorato dell'ambiente.

Art. 35

Finanziamento integrativo ai Comuni per il servizio antincendi nelle campagne

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare, a saldo 1982 degli interventi per l'erogazione del servizio antincendi nelle campagne di cui alla lagge regionale 18 maggio 1982, n. 11, un ulteriore importo di lire 100.000.000 a favore degli Enti di cui all'articolo 1 della legge regionale medesima (Cap. 05045).

Art. 36

Personale C.R.A.A.I.

Il termine previsto dall'articolo 1 della legge regionale 11 gennaio 1983, n. 4, è prorogato al 30 giugno 1983.

Art. 37

Carta sughericola della Sardegna

Per la stesura e la pubblicazione della carta sughericola della Sardegna è autorizzata la spesa di L. 100.000.000 (Cap. 09001).

Art. 28

Carta geologica della Sardegna

Per il completamento della stampa della carta geologica della Sardegna e delle relative «monografie», è autorizzata, per l'anno finanziario 1983, la spesa di lire 150.000.000 (Cap. 09003).

Art. 39

Centri pilota per l'artigianato

L'articolo 32 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38, è sostituito dal seguente:

«I beni immobili realizzati con i finanziamenti di cui al precedente articolo 31 sono acquisiti al patrimonio dell'I.S.O.L.A. - Istituto Sardo Organizzazione Lavoro Artigiano».

Art. 40

Anticipazione contributo funzionamento ETFAS

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare per l'anno 1983, con proprie disponibilità a titolo di

anticipazione dell'assegnazione statale spettante alla Regione ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 7 giugno 1979, n. 259, la somma di L. 10.000.000.000 all'ETFAS - Ente di Sviluppo in Sardegna - per il suo funzionamento nell'anno 1983 (Cap. 06282).

Art. 41

Anticipazione all'Ente Autonomo del Flumendosa

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad anticipare nell'anno 1983, con proprie disponibilità, all'Ente Autonomo del Flumendosa, la somma di lire 300.000.000 per la corresponsione dei trattamenti economici accessori ed integrativi di cui all'articolo 4 della legge 23 aprile 1981, n. 155 (Cap. 08242).

Art. 42

Contributo straordinario per il ripiano dei disavanzi di gestione dei consorzi acquedottistici del Govossai con sede in Nuoro e del Sulcis con sede in S. Antioco

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad assumere a proprio carico, sino alla concorrenza della complessiva spesa di lire 300.000.000 (Cap. 08169), gli oneri gravanti sui Comuni facenti parte dei consorzi acquedottistici del Govossai con sede in Nuoro e del Sulcis con sede in Sant'Antioco, per il ripiano dei disavanzi di gestione dei consorzi medesimi, quali risultano dai bilanci consortili, per gli esercizi finanziari 1982-1983.

Il contributo straordinario della Regione, che può coprire anche l'intero importo di detti oneri, è direttamente concesso e corrisposto ai consorzi interessati, con effetti liberatori nei confronti dei Comuni debitori.

Art. 43

Contributo straordinario per il primo funzionamento dell'I.A.C.P. di Oristano

Per le finalità e con le medesime modalità di restituzione indicate nell'articolo 25 della legge 12 novembre 1982, n. 38, l'anticipazione a favore dell'Istituto autonomo case popolari di Oristano, prevista da tale disposizione di legge, è determinata in lire 100.000.000 (Cap. 08240).

Art. 44

Consultori familiari

La Regione destina, nell'anno 1983, al finanziamento del programma di istituzione e funzionamento dei consultori familiari la somma di L. 2.233.363.690 (Cap. 12165) a tale spesa fa fronte con risorse proprie in relazione alla mancata utilizzazione - e conseguente economia di spesa - dell'assegnazione ricevuta dallo Stato in conto dell'esercizio 1979 ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194.

Art. 45

Consulta femminile regionale

Il contributo da concedere alla Consulta femminile regionale, ai sensi della legge regionale 27 giugno 1979 n. 53, è elevato, per l'anno 1983 da lire 10.000.000 a lire 30.000.000 (Cap. 10030).

Art. 46

Contributi alle associazioni fra enti locali

Il contributo da concedere alle associazioni fra enti locali ai sensi della legge regionale 25 agosto 1972, n. 28, e la legge regionale 3 giugno 1974, n. 11, è elevato per l'anno 1983 e seguenti a lire 50.000.000 (Cap. 04006).

Art. 47

Centri servizi sociali

Il finanziamento da erogare ai Centri di servizi sociali (Cap. 10020) nell'anno 1983, ai sensi della legge regionale 17 novembre 1978, n. 68, è determinato in lire 120.000.000.

Art. 48

Centri per i servizi culturali

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere nell'anno 1983 contributi per complessive lire 220 milioni (Cap. 11038) ai Comuni sede di Istituti professionali di Stato per l'agricoltura o di loro scuole coordinate al fine del riattamento degli immobili degli istituti stessi sulla base di un apposito programma formulato dalla Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare.

Art. 50

Contributi ai Comuni sedi di Istituti professionali di Stato alberghieri e per il turismo

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere, nell'anno 1983, contributi per complessive lire 500.000.000 (cap. 11039) ai Comuni sede di Istituti professionali di Stato alberghieri e per il turismo, da destinare a interventi di ristrutturazione, ampliamento e manutenzione degli immobili che ospitano gli Istituti stessi e i rispettivi convitti sulla base di un apposito programma formulato dalla Giunta regionale previo parere dell'apposita Commissione consiliare.

Art. 51

Istituto studi e programmi per il Mediterraneo

Il contributo da erogare all'Istituto di studi e programmi per il Mediterraneo (ISPROM), la cui concessione è prevista dalla legge regionale 27 novembre 1979, n. 61, è elevato, nell'anno 1983 (cap. 11098) da lire 20.000.000 a lire 40.000.000.

Art. 52

Anticipazioni a favore delle organizzazioni professionali dei coltivatori diretti e dei pastori

L'Ammniistrazione regionale è autorizzata ad erogare alle organizzazioni professionali di coltivatori diretti e di pastori, a titolo di anticipazione, a valere sugli stanziamenti del capitolo 06002 del bilancio, una somma non superiore alla metà di quella stanziata nello stesso capitolo per l'anno 1982.

Art. 53

Il presente articolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo.

Art. 54

Servizio regionale di studio e di allevamento della selvaggina

L'Assessore della difesa dell'ambiente è autorizzato ad effettuare spese per il funzionamento e per l'espletamento dei compiti istituzionali del Servizio regionale di studio e di allevamento della selvaggina, ivi compresa l'attribuzione di incarichi di consulenza e di progettazione.

Nella gestione dello stanziamento iscritto al relativo capitolo 05101 si applica la norma della legge regionale 30 luglio 1970, n. 8.

Art. 55

Funzionamento zone allevamento selvaggina

Per l'attuazione dell'articolo 3, lett. d), della legge regionale 28 aprile 1978, n. 32, l'Assessore della difesa dell'ambiente è autorizzato ad effettuare spese per il funzionamento in natura delle zone pubbliche o private per l'allevamento della selvaggina a scopo di studio e di ripopolamento, istituite ai sensi dell'articolo 6 della predetta legge (cap. 05103).

In dette zone potranno essere finanziate opere di miglioramento fondiario, ritenute indispensabili per l'allevamento in natura della fauna selvatica.

Per l'erogazione dei predetti finanziamenti, l'Assessore della difesa dell'ambiente dovrà acquisire il preventivo parere tecnico di fattibilità del Servizio regionale di studio e allevamento della selvaggina.

Art. 56

Consorzio del porto di Civitavecchia

L'Amministrazione regionale è autorizzata a corrispondere al Consorzio autonomo del porto di Civitavecchia la somma di lire 16.000.000 quale contributo di partecipazione per l'anno 1983 (cap. 13035).

Art. 57

Operatività del Fondo di garanzia fidejussoria di cui alla legge regionale n. 4 del 1981

L'operatività per il 1983 del Fondo di garanzia fidejussoria, costituito con l'articolo 17, secondo comma, della legge regionale 23 gennaio 1981, n. 4, è estesa a tutte le operazioni di credito agrario poste in essere dalle cooperative agricole e loro consorzi.

Art. 58

Copertura finaziaria

Alle nuove e maggiori spese previste dalla presente legge e valutate in complessive lire 107.062.363.690 si fa fronte:

- quanto a lire 64.020.000.000 con le quote spettanti alla Regione sugli stanziamenti previsti dalla legge 27 dicembre 1977, n. 984 (art. 15);
- quanto a lire 5.000.000.000 con gli interessi attivi maturati sul conto corrente bancario relativo al fondo di cui alla legge regionale 10 dicembre 1973, n. 39 (art. 16);
- quanto a lire 740.000.000 con i fondi assegnati dallo Stato con deliberazione assunta dal CIPE in data 20 luglio 1980 (art. 33);
- quanto a lire 37.302.363.690 con l'utilizzo del maggior gettito delle imposte di fabbricazione, sul consumo dei tabacchi e di bollo, derivante dal loro naturale incremento .

Art. 59

La presente legge ha efficacia dall'11 maggio 1983.

Sono convalidati gli atti amministrativi, definiti o in corso di perfezionamento, posti in essere con riferimento al testo promulgato il 10 maggio 1983 con il titolo «Legge regionale 10 maggio 1983, n. 12. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale della Regione per l'anno finanziario 1983 (legge finanziaria)».

Si intendono riferiti alla presente legge i richiami al testo di cui al comma precedente contenuti in successive disposizioni.

Art. 60

La presente legge entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.

Cagliari, addì 28 maggio 1985

MELIS

TABELLA A

INDICAZIONE DELLE VOCI DA INCLUDERE NEL FONDO SPECIALE DI PARTE CORRENTE
(Cap. 03016 - Fondi regionali)

PRESIDENZA

1) D.d.L. - Riordinamento dell'Ufficio stampa della Giunta regionale
L. 10.000.000

AFFARI GENERALI

2) D.d.L. - Interventi per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti ad interventi straordinari
L. 50.000.000

3) D.d.L. - Adesione della Regione all'Associazione italiana per il Consiglio dei Comuni d'Europa
L. 15.000.000

4) D.d.L. - Usi civici
L. 10.000.000

5) D.d.L. - Contrattazione triennale personale Amministrazione regionale ed enti strumentali
L. 1.000.000.000

6) D.d.L. - Riforma assistenza
L. 50.000.000

PROGRAMMAZIONE

7) D.d.L. - Contributi integrativi funzionamento enti regionali
L. 100.000.000

8) D.d.L. - Ordinamento e funzionamento dell'Ufficio del piano
L. 10.000.000

9) D.d.L. - Sulla ricerca scientifica
L. 290.000.000

ENTI LOCALI

10) D.d.L. - Indennità e rimborsi ai componenti i comitati controllo degli enti locali
L. 50.000.000

DIFESA DELL'AMBIENTE

11) D.d.L. - Norme per la tutela della flora e della vegetazione della Sardegna che rivestono particolare interesse scientifico, naturalistico, paesaggistico, monumentale ed economico
L. 15.000.000

TURISMO

12) D.d.L. - Norme relative al marchio di origine e qualità dei prodotti dell'artigianato tipico della Sardegna
L. 25.000.000

LAVORI PUBBLICI

13) D.d.L. - Istituzione dell'albo regionale interprofessionale dei tecnici operanti e residenti in Sardegna
L. 10.000.000

14) D.d.L. - Governo e amministrazione delle acque
L. 50.000.000

INDUSTRIA

15) D.d.L. - Regolamento attività estrattiva dei minerali di cava nel territorio della Regione Sarda
L. 10.000.000

LAVORO

16) D.d.L. - Provvidenze per gli Istituti di patronato e di assistenza sociale
L. 10.000.000

PUBBLICA ISTRUZIONE

17) D.d.L. - Tutela delle minoranze etniche e linguistiche
L. 10.000.000

18) D.d.L. - Nuove norme sul diritto allo studio e sull'esercizio delle competenze delegate
L. 50.000.000

19) D.d.L. - Informazione scolastica e IRRSAE
L. 10.000.000

20) D.d.L. - Revisione provvidenze a favore dello sport
L. 50.000.000

21) D.d.L. - Funzionamento Comitato RAI-TV
L. 30.000.000

IGIENE E SANITA'

22) D.d.L. - Provvidenze a favore dei talassemici, degli emofilici e degli emolinfopatici
L. 50.000.000

23) D.d.L. - Modalità per la concessione ai cittadini residenti in Sardegna di contributi forfettari per le spese di viaggio e per il periodo di soggiorno per ricoveri fuori della Regione
L. 50.000.000

24) D.d.L. - Disciplina ed esercizio delle funzioni in materia di servizio farmaceutico
L. 100.000.000

TRASPORTI

25) D.d.L. - Finanziamento collegamenti marittimi veloci
L. 10.000.000

TOTALE L. 2.065.000.000

TABELLA B

INDICAZIONE DELLE VOCI DA INCLUDERE NEL FONDO SPECIALE DEL CONTO CAPITALE
(Cap. 03017 - Fondi regionali)

PROGRAMMAZIONE

1) D.d.L. - Interventi per il rilancio degli investimenti e il sostegno dell'occupazione
L. 27.849.000.000

DIFESA AMBIENTE

2) D.d.L. - Istituzione del servizio di tutela del suolo
L. 50.000.000

AGRICOLTURA

3) D.d.L. - Accelerazione e adeguamento legislazione in agricoltura
L. 100.000.000

e il sostegno dell'occupazione L. 27.849.000.000

TURISMO

4) D.d.L. - Agevolazioni creditizie in materia di commercio
L. 50.000.000

5) D.d.L. - Disciplina dei mercati all'ingrosso in Sardegna
L. 50.000.000

6) D.d.L. - Agri-turismo
L. 20.000.000

LAVORI PUBBLICI

7) D.d.L. - Edilizia abitativa
L. 10.000.000.000

LAVORO

8) D.d.L. - Modifiche alla legge regionale n. 17 del 1973 concernente gestione asili-nido
L. 50.000.000

9) D.d.L. - Agevolazioni creditizie alle cooperative di produzione di lavoro e loro consorzi
L. 1.000.000.000

TOTALE L. 39.169.000.000

TABELLA C

INDICAZIONE DELLE VOCI DA INCLUDERE NEL FONDO SPECIALE DI PARTE CORRENTE
(Cap. 03018 - Assegnazioni statali)

AGRICOLTURA

1) D.d.L. - Riduzione dei costi di gestione dell'irrigazione (Riordinamento dei consorzi di bonifica)
L. 4.000.000.000

TABELLA D

INDICAZIONE DELLE VOCI DA INCLUDERE NEL FONDO SPECIALE DEL CONTO CAPITALE
(Cap. 03019 - Assegnazioni statali)

AGRICOLTURA

1) D.d.L. - Provvidenze a favore delle aziende agricole previste dalla legge n. 423 del 1981
L. 4.922.500.000

LEGGE REGIONALE 28 maggio 1985, n. **14**.

Provvedimenti a sostegno della produzione e della occupazione e disposizioni integrative della legge regionale 10 maggio 1983, n. 12, legge finanziaria.

(Pubblicata nel Bollettino ufficiale *della Regione Sardegna n. 26 dell'11 giugno 1985)*

IL CONSIGLIO REGIONALE

HA APPROVATO

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI OPERE PUBBLICHE

Art. 1
Programma straordinario di opere pubbliche di interesse locale o sovracomunale

Per l'attuazione di un programma straordinario di interventi nel settore delle opere pubbliche di interesse locale o sovracomunale, è autorizzata, nell'anno 1983, l'ulteriore spesa di lire 3.000.000.000 (cap. 08016).

All'accreditamento dei fondi ed all'attuazione delle opere finanziate, viene provveduto in conformità di quanto previsto per le opere di programmazione regionale di cui al capo II della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45, e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 2
Contributi straordinari ai Comuni per opere pubbliche

E' autorizzata, per l'anno 1983, la spesa di lire 30.000.000.000 (cap. 08055-01) per l'esecuzione, da parte dei Comuni con popolazione residente inferiore ai 5.000 abitanti secondo i dati del censimento del 1981, di opere pubbliche di loro interesse con particolare riferimento a quelle relative all'approvvigionamento idrico, a quelle igieniche e per la difesa dagli incendi.

Le somme ripartite in quote uguali sono direttamente erogate ai Comuni di cui al precedente comma.

Art. 3

Opere acquedottistiche e fognarie

Per l'attuazione del programma di opere acquedottistiche e fognarie di cui all'articolo 4 della legge regionale 10 maggio 1983, n. 12, è autorizzata la spesa dell'ulteriore stanziamento di lire 14.000.000.000 (cap. 08035-03).

Art. 4

Interventi copertura canali

Per l'attuazione delle opere di copertura o di deviazione di canali correnti all'interno dei centri abitati previsti dal paragrafo III.1 del programma d'intervento per gli anni 1982-1984 di cui alla legge 24 giugno 1974, n. 268, approvato dal CIPE l'8 giugno 1983, è autorizzato lo stanziamento aggiuntivo di lire 8.000.000.000 (cap. 03035); tale stanziamento è trasferito dal bilancio della Regione alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della stessa legge 268 del 1974 per essere attribuito al titolo di spesa 8.3.1/I del citato programma d'intervento.

Art. 5

Aree edificabili e loro urbanizzazione primaria

E' autorizzata l'ulteriore spesa di lire 7.000.000.000 (Cap. 03036) per la concessione dei finanziamenti previsti dal paragrafo III.2 del programma d'intervento per gli anni 1982-1984 di cui alla legge 24 giugno 1974, n. 268, approvato dal CIPE l'8 giugno 1983, e relativi all'acquisizione da parte dei Comuni di aree edificabili, nonché all'esecuzione di opere di urbanizzazione primaria; detto stanziamento è trasferito dal bilancio della Regione alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della stessa legge 268 del 1974 per essere attribuito al titolo di spesa 8.3.2/I del citato programma d'intervento.

Art. 6

Piani per insediamenti produttivi

E' autorizzata l'ulteriore spesa di lire 5.000.000.000 (cap. 03037) per la concessione dei finanziamenti previsti dal paragrafo II.5, lett. c), del programma d'intervento per gli anni 1982-1984 di cui alla legge 24 giugno 1974, n. 268, approvato dal CIPE l'8 giugno 1983 e da erogare agli enti locali per il reperimento e l'attrezzatura di aree da destinarsi all'insediamento di aziende artigiane e di altre unità produttive di piccole dimensioni di interesse locale; detto stanziamento è trasferito dal bilancio della Regione alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della stessa legge 268 del 1974 per essere attribuito al titolo di spesa 8.2.5/I del citato programma d'intervento.

Art. 7

Infrastrutture nelle terre pubbliche

Nelle more dell'emanazione di provvedimenti organici per la valorizzazione delle terre pubbliche ed il risanamento delle aree degradate è autorizzata, con carico al bilancio della Regione per l'anno 1983 (cap. 08055-02), la spesa di lire 8.000.000.000 per l'esecuzione di un programma di infrastrutture nelle terre pubbliche con particolare riguardo a quelle per la prevenzione e per l'estinzione degli incendi.

Art. 8

Completamento delle strade di interesse regionale

E' autorizzata l'uteriore spesa di lire 10.000.000.000 (cap. 08042) da destinare, nei limiti di lire 2.500.000.000 per territorio provinciale, al completamento, nelle quattro province, di strade di interesse regionale.

Art. 9

Spese per opere di consolidamento

L'esecuzione degli interventi per opere di consolidamento, di cui all'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 22 maggio 1975, n. 480, è affidata di norma agli enti locali interessati, e nel caso in cui gli stessi non abbiano gli strumenti tecnici o le possibilità attuative vengono effettuati direttamente dall'Amministrazione regionale.

Art. 10

Contributo straordinario al Comune di Santa Maria Coghinas

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere al nuovo Comune di Santa Maria Coghinas, istituito nel corso del 1983, un contributo straordinario di lire 100.000.000 per le spese di gestione (cap. 04176).

Art. 11

Trasferimento abitati Gairo e Osini

Per l'attuazione di un programma straordinario di interventi per la sistemazione e il consolidamento di aree, anche mediante opere di carattere idraulico, nonché per l'urbanizzazione di nuove aree necessarie per il trasferimento degli abitati di Gairo e Osini, è autorizzata, in conto di future assegnazioni statali, l'anticipazione di lire 2.000.000.000 per il 1983 (cap. 08146-01).

Art. 12

Edilizia residenziale
Contributi in conto capitale

Per la concessione dei contributi in conto capitale previsti dall'articolo 2, comma decimo, della legge n. 94

del 25 marzo 1982, è autorizzato, ad integrazione delle assegnazioni finanziarie disposte dallo Stato, uno stanziamento straordinario di L. 14.000.000.000 (Cap. 08106-01).

Art. 13

Programma straordinario di opere pubbliche nei Comuni di Quartucciu e Santa Maria Coghinas

Per l'attuazione di un programma straordinario finalizzato alla costruzione di opere pubbliche nei Comuni di Quartucciu e Santa Maria Coghinas, istituiti rispettivamente con la legge regionale 31 gennaio 1983, n. 7, e con legge regionale 7 febbario 1983, n. 8, è autorizzata la spesa di lire 1.600.000.000 (Cap. 08016-01).

All'accreditamento dei fondi ed all'attuazione delle opere finanziate viene provveduto in conformità di quanto previsto per le opere di programmazione regionale di cui al Capo II della legge regionale 6 settembre 1976, n. 45, e successive modificazioni ed integrazioni.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI INDUSTRIA

Art. 14

Integrazione fondo di cui alla legge regionale 10 dicembre 1976, n. 66

Ad ulteriore integrazione del fondo di cui alla legge regionale 10 dicembre 1976, n. 66, viene disposto lo stanziamento di lire 10.000.000.000 (cap. 09050).

Le disponibilità così costituite e i loro rientri sono esclusivamente finalizzati al finanziamento di programmi di sviluppo con particolare riferimento agli interventi di riconversione, ristrutturazione, diversificazione ed ampliamento delle imprese, ancorché non si tratti di imprese in difficoltà a proseguire l'attività o colpite da eventi congiunturali.

La Giunta, con le procedure previste dall'articolo 25 della legge regionale 1° agosto 1975, n. 33, su proposta dell'Assessore dell'industria, emana le direttive di ammissibilità intese particolarmente a delimitare le ipotesi di intervento secondo criteri di rigorosa differenziazione degli interventi di sviluppo dai casi di risanamento e sostegno occupativo e produttivo.

Art. 15

Integrazione contributo in conto occupazione

La Regione è autorizzata ad integrare il contributo di cui all'articolo 11 della legge 24 giugno 1974, n. 268, sulla base dell'andamento degli indici ISTAT dei prezzi.

La Giunta regionale definisce con proprio provvedimento il meccanismo di adeguamento del predetto contributo, in ragione degli incrementi dei prezzi verificatisi a decorrere dal 1° gennaio 1975.

Per la concessione delle provvidenze di cui al citato articolo 11 la Regione autorizza, con proprie disponibilità, lo stanziamento di lire 2.000.000.000 (cap. 03034); tale stanziamento è trasferito dal bilancio della Regione alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della legge 24 giugno 1974, n. 268, per essere attribuito al titolo di spesa 8.2.1/I del Programma d'intervento 1982-84, approvato dal CIPE in data 8 giugno 1983.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ARTIGIANATO

Art. 16

Centri pilota artigianato

La disposizione di cui al quarto comma dell'articolo 11 della legge regionale 12 maggio 1983, n. 13, concernente la revisione dei prezzi contrattuali delle opere finanziate con i programmi esecutivi della legge 11 giugno 1962, n. 588, è estesa al capitolo 07062 istituito con la presente legge.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI AGRICOLTURA

Art. 17

Fondo di solidarietà regionale in agricoltura

E' autorizzata, nell'anno 1983, la spesa di lire 4.000.000.000 per far fronte alle esigenze operative dell'art. 1 della legge regionale 10 giugno 1974, n. 12, e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il fondo di solidarietà regionale a favore delle aziende e cooperative agricole danneggiate da calamità naturali o da eccezionali avversità atmosferiche (cap. 06120).

Art. 18

Prestiti di esercizio alle aziende agricole danneggiate

Per la concessione dei prestiti di esercizio previsti dall'articolo 6 della legge regionale 10 giugno 1974, n. 12, e successive modificazioni e integrazioni, è stabilito il limite d'impegno di lire 4.000.000.000; conseguentemente sono determinate in detto importo le annualità da iscrivere sul competente capitolo dei bilanci della Regione per gli anni dal 1983 al 1987 (cap. 06121).

A valere sullo stesso limite d'impegno può essere concesso il concorso interessi sui prestiti con abbuono di quota parte del capitale mutuato, previsti dall'art. 1, lettera b), della legge 15 ottobre 1981, n. 590.

Si applica, anche in quest'ultimo caso, l'articolo 16 della legge regionale 29 settembre 1982, n. 24.

I tassi a carico delle ditte prestatarie non potranno essere inferiori a quelli stabiliti dalle disposizioni statali vigenti.

E' abrogato l'ultimo comma dell'articolo 6 della legge regionale 10 giugno 1974, n. 12.

Art. 19

Consorso negli interessi sui mutui di miglioramento fondiario

Il terzo comma dell'articolo 1 della legge regionale 8 luglio 1975, n. 30, è sostituito dal seguente:

«La predetta agevolazione creditizia può essere accordata a favore degli imprenditori e delle cooperative agricole anche per le opere di miglioramento fondiario e agrario sussidiabili ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 luglio 1928, n. 1760, e dell'articolo 43 del regio decreto 13 febbraio 1933, n. 215, e loro successive modificazioni e integrazioni».

Per la concessione del concorso negli interessi sui mutui di miglioramento fondiario di cui agli articoli 1 e 2 della legge regionale 8 luglio 1975, n. 30, il limite d'impegno disposto dall'articolo 17 della legge regionale 10 maggio 1983, n. 12, è elevato da lire 1.000.000.000 a lire 4.500.000.000; le relative annualità saranno iscritte nei bilanci della Regione per gli anni dal 1983 al 2004 (cap. 06060).

Art. 20

Formazione proprietà coltivatrice

Per la concessione del concorso nel pagamento degli interessi sui mutui previsti dalla legge regionale 23 novembre 1979, n. 60, e relativi all'acquisto di fondi rustici, è autorizzato l'ulteriore limite d'impegno di lire 2.500.000.000; le relative annualità sono iscritte nel bilancio della Regione dall'anno 1983 all'anno 2002 (cap. 06220).

Art. 21

Acquedotti e strade vicinali

E' autorizzata, nell'anno 1983, la spesa complessiva di lire 10.000.000.000 per la concessione delle seguenti provvidenze:

— Contributi per la costruzione di acquedotti rurali - Capitolo 06086-01

lire 1.000.000.000

— contributi per il completamento di strade vicinali - Capitolo 08195

lire 9.000.000.000

Art. 22

Contributi per la costruzione laghi collinari

Il premio di incoraggiamento previsto per la costruzione dei laghi collinari dall'articolo 2 della legge regionale 21 marzo 1956, n. 7, potrà essere concesso anche alle opere riguardanti la realizzazione di bacini di raccolta a corona e di bacini di accumulo che abbiano una capienza idrica non inferiore a mtc. 30.000.

E' abrogato l'ultimo comma dell'articolo 2 della citata legge regionale 21 marzo 1956, n. 7.

Art. 23

Impianti cooperativi di trasformazione

Gli incentivi che la Regione eroga, ai sensi delle vigenti leggi regionali in favore delle cooperative agricole e loro consorzi per l'acquisto, la costruzione, il completamento, l'ampliamento, l'adeguamento tecnologico delle strutture ed attrezzature, nonchè per la dotazione delle pertinenze occorrenti ad assicurare la raccolta, la lavorazione, la trasformazione, la conservazione, la commercializzazione e la vendita diretta dei prodotti agricoli e zootecnici e loro sottoprodotti, possono essere concessi, anche in forma integrativa alle provvidenze nazionali o comunitarie, fino alla misura del 75 per cento della spesa.

Ad integrazione della somma di lire 1.000.000.000 prevista dall'articolo 21 della legge regionale 10 maggio 1983, n. 12, è autorizzata, nell'anno 1983, l'ulteriore spesa di lire 1.400.000.000 per la concessione delle provvidenze previste dall'articolo 9 della legge 27 ottobre 1966, n. 910, a favore delle strutture cooperative (cap. 06234).

Art. 24

Attività promozionali cooperative a favore dell'agriturismo

Le provvidenze previste dal paragrafo 6.6 del titolo di spesa P-1.06 del Piano di intervento nelle zone interne a prevalente economia pastorale, di cui alla legge regionale 10 dicembre 1973, n. 39, come modificata dall'articolo 4 della legge regionale 3 febbraio 1981, n. 5, sono estese alle attività promozionali realizzate da cooperative e da loro consorzi a favore dell'agriturismo.

Art. 25

Fondo regionale di sviluppo della zootecnia

Il fondo di cui all'articolo 27 della legge regionale 23 gennaio 1981, n. 4, concernente la concessione di pre-

stiti per lo sviluppo della zootecnia ai sensi della legge 8 agosto 1957, n. 777, e successive modificazioni ed integrazioni (cap. 06107), è incrementato, nell'anno finanziario 1983, dell'ulteriore stanziamento di lire 6.000.000.000.

Art. 26

Completamento del frigomacello di Chilavni

E' autorizzata la spesa di lire 750.000.000 per la realizzazione del secondo lotto del frigomacello di Chilivani-Ozieri. Tale somma sarà utilizzata ad integrazione dei contributi concessi dalla Comunità Economica Europea (FEOGA - Reg. 355/77) e dal Ministero dell'agricoltura e delle foreste, sino alla totale copertura della spesa ritenuta ammissibile. La somma spettante sarà liquidata nella misura del 50 per cento dopo l'emissione della decisione e, per la rimanente quota dopo il collaudo finale disposto dall'organismo comunitario (capitolo 06243).

Detto stanziamento è trasferito dal bilancio della Regione alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, secondo comma, della legge 24 giugno 1974, n. 268, per essere attribuito al titolo di spesa 8.1.5/I - lettera a) - del programma d'intervento 1982-84, approvato dal CIPE in data 8 giugno 1983.

Art. 27

Finanziamento all'ETFAS

In conto dei finanziamenti da corrispondere all'ETFAS - Ente di sviluppo in Sardegna - per gli anni dal 1979 al 1982, ai sensi dell'articolo 4 della legge 13 aprile 1983, n. 122, l'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare una prima quota di lire 20.000.000.000 (capitolo 06282-01).

Art. 28

Contributo sezione speciale ETFAS

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare alla sezione speciale dell'ETFAS - Ente di sviluppo in Sardegna in conto dell'esercizio finanziario 1983 ed in deroga alle disposizioni di cui alla legge regionale 6 settembre 1976, n. 44, la somma di lire 450.000.000; la stessa sezione speciale impiegherà detto finanziamento per le proprie spese di funzionamento, escluse quelle relative ad emolumenti a favore del personale (cap. 06283).

ALTRE DISPOSIZIONI
IN MATERIA DI INVESTIMENTI
E DI OCCUPAZIONE

Art. 29

Il presente articolo non è stato riapprovato dal Consiglio in sede di riesame a seguito di rinvio da parte del Governo.

DISPOSIZIONI IN MATERIA
DI TRASPORTI

Art. 30

Ripiano dei divasanzi delle aziende di trasporto

Nelle more dell'erogazione da parte dello Stato del conguaglio della quota del fondo nazionale trasporti di cui all'articolo 9 della legge 10 aprile 1981, n. 151, relativa all'anno 1982, l'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare, con mezzi propri della Regione e sino alla concorrenza di lire 2.000.000.000, i saldi spettanti alle aziende di trasporto pubbliche e private per il ripiano dei disavanzi di esercizio relativi all'anno medesimo (cap. 13001).

Le modalità del recupero saranno disposte con successiva legge regionale.

Art. 31

ARST - Contributi integrativi per investimenti

E' autorizzata, nell'anno 1983, la sepsa di lire 2.000.000.000 per la concessione, all'Azienda regionale sarda trasporti (A.R.S.T.), di contributi per investimenti, integrativi di quelli previsti dall'articolo 9 della legge regionale 27 agosto 1982, n. 16, (cap. 13026).

La misura complessiva dei contributi può essere commisurata all'intera spesa ritenuta ammissibile.

DISPOSIZIONI IN MATERIA
DI ASSISTENZA SOCIALE

Art. 32

Anticipazioni ai Comuni per l'assistenza e beneficenza

Al fine di consentire ai Consorzi l'esercizio delle funzioni amministrative relative ai servizi di assistenza e beneficenza di cui al decreto del Presidente della Repubblica 19 giugno 1979, n. 348, nelle more delle erogazioni statali previste dalla legge 13 aprile 1983, n. 122, l'Amministrazione regionale è autorizzata ad anticipare agli stessi la somma complessiva di lire 10.000.000.000, a carico del bilancio della Regione per l'anno finanziario 1983 (capitolo 02131).

Detto stanziamento viene ripartito tra i Comuni in ragione della loro popolazione secondo i dati ufficiali ISTAT dell'ultimo censimento e previa applicazione dei moltiplicatori 3, 2 e 1, rispettivamente alle seguenti fasce di Comuni:

a) Comuni montani;
b) Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti;
c) altri Comuni.

Il rimborso da parte dei Comuni deve aver luogo entro un anno dalla riscossione delle somme erogate loro dallo Stato ai sensi della precitata legge 13 aprile 1983, n. 122.

L'Amministrazione regionale è altresì autorizzata ad erogare, a favore dei Comuni e con i criteri di cui al precedente secondo comma, le disponibilità sussistenti in conto capitoli 02127, 02129 e 02130 che, a tal uopo, con la presente legge, vengono stornate a favore del capitolo 02132 di nuova istituzione.

DISPOSIZIONI
DI CARATTERE PARTICOLARE

Art. 33

Valorizzazione e salvaguardia dei laghi salsi

L'importo indicato nel secondo comma dell'articolo 34 della legge regionale 10 maggio 1983, n. 12, per la realizzazione di un programma di opere relative alla valorizzazione e salvaguardia dei laghi salsi, è elevato da lire 6.000.000.000 a lire 12.000.000.000 (cap. 05078-01 - Residui).

Art. 34

Programma di formazione professionale

La quota di mezzi propri della Regione da destinare alla realizzazione del programma di formazione professionale nel 1983, determinata in lire 15.500.000.000 dall'articolo 29 della legge regionale 10 maggio 1983, n. 12, è elevata a lire 18.000.000.000 (cap. 10001).

Art. 35

Attività formative in agricoltura

In attuazione degli obiettivi previsti nei piani pluriennali ed annuali di formazione professionale, che stabiliscono i bisogni formativi in collegamento con le linee di sviluppo del programma economico regionale e del piano di assetto territoriale, la Regione, per lo svolgimento delle attività formative in agricoltura, può stipulare convenzioni con gli organismi di cui all'articolo 16 della legge regionale 1° giugno 1979, n. 47, adottando parametri di finanziamento ricavati da progetti esecutivi finalizzati alla domanda dell'utenza ed a costi reali, sulla base delle voci di spesa previste dal regolamento di attuazione della citata legge regionale n. 47 del 1979.

Alle convenzioni di cui al comma precedente dovranno essere allegati i progetti esecutivi delle singole attività corsuali con l'indicazione dei bisogni formativi e dei relativi finanziamenti.

Art. 36

Ulteriori attribuzioni del Comitato tecnico regionale per la finanza

Al Comitato tecnico regionale per la finanza viene attribuita la competenza in merito alla classificazione dei territori montani, di cui alla legge 25 luglio 1952, n. 991, e successive modificazioni.

Per l'attuazione di tale nuova competenza la composizione, di cui all'articolo 2 della legge regionale 27 giugno 1950, n. 32, è così integrata:

1) due rappresentanti dell'Assessorato della difesa dell'ambiente;

2) due rappresentanti dell'Assessorato dell'agricoltura, di cui uno esperto in scienze agrarie e forestali;

3) due rappresentanti dell'Assessorato degli enti locali.

Art. 37

Contributi ai Comuni per la redazione di strumenti urbanistici

L'anticipazione, pari al trenta per cento del contributo riconosciuto ammissibile, prevista dall'articolo 36 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38, per la redazione dei regolamenti edilizi e gli annessi strumenti urbanistici generali, nonché per gli studi di disciplina delle zone d'interesse turistico classificate «F» e dei relativi piani particolareggiati di attuazione, è corrisposta anche in relazione ai contributi già disposti in data anteriore all'entrata in vigore della legge medesima.

Art. 38

Personale del C.R.A.A.I.

Il termine previsto dall'articolo 36 della legge regionale 10 maggio 1983, n. 12, per l'erogazione dei compensi dovuti al personale salariato di cui alla legge regionale 28 novembre 1957, n. 25, a seguito delle sentenze della magistratura del lavoro, è prorogato al 31 dicembre 1983.

Art. 39
Fondo di garanzia per mutui per edifici di culto

Ad integrazione del fondo per la prestazione di garanzie per mutui contratti da ordinari diocesani per la costruzione ed il completamento di edifici di culto e di opere annesse, di cui alla legge regionale 27 novembre 1964, n. 19, e all'articolo 26 della legge regionale 12 novembre 1982, n. 38, è autorizzato, con decorrenza dall'esercizio 1983, l'ulteriore limite d'impegno trentacinquennale di lire 30.000.000 (cap. 08034).

Art. 40
Rimborsi ai Comuni per interventi contro la peste suina africana

E' autorizzata, nell'anno 1983, la spesa di lire 50.000.000 (cap. 12203) a titolo di rimborso ai Comuni che hanno effettuato operazioni di abbattimento dei suini i disinfezione e disinfestazione di allevamenti colpiti da peste suina africana ai sensi dell'articolo 14 della legge regionale 5 febbraio 1982, n. 6.

Art. 41
Centri per i servizi culturali

L'Amministrazione regionale è autorizzata a sostenere nell'anno 1983 l'ulteriore spesa di lire 150.000.000 per la concessione di contributi di funzionamento a favore dei Centri per i servizi culturali (cap. 11092).

Art. 42
Tonnara di Carloforte - Anno 1980

L'Amministrazione regionale è autorizzata ad erogare al Comune di Carloforte la somma di lire 50.000.000 (cap. 05094) da riversare ai pescatori che hanno partecipato alle operazioni di calo della tonnara nell'anno 1980.

Nella ripartizione della somma il Comune terrà conto dei criteri indicati dalla commissione delegata dagli stessi pescatori.

Art. 43
Contributo alle cooperative per la realizzazione di impianti di stabulazione di molluschi eduli lamellibranchi

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere, sino all'importo complessivo di lire 300.000.000 (cap. 05081-01), contributi straordinari per la copertura della differenza tra la spesa sostenuta ed il contributo già erogato in favore delle cooperative beneficiarie di provvedimenti di concessione emessi alla data di entrata in vigore della presente legge, per la realizzazione di impianti di stabulazione di molluschi eduli lamellibranchi, ai sensi della legge n. 192 del 1977.

La corresponsione del contributo di cui al presente articolo potrà avvenire in un'unica soluzione, dopo l'accertamento della regolare esecuzione delle opere, oppure in corso d'opera mediante acconto non superiore all'80 per cento dell'ammontare delle spese sostenute, sulla base degli stati di avanzamento dei lavori. Il rimanente 20 per cento è corrisposto dopo l'accertamento del regolare completamento delle opere.

Tale contributo straordinario non potrà eccedere l'ammontare complessivo della spesa effettivamente sostenuta per la realizzazione delle opere, detratto quanto già erogato a titolo di contributo ai sensi delle leggi regionali 21 agosto 1980, n. 25, e 5 marzo 1953, n. 2.

Art. 44
Agevolazioni creditizie, cooperative produzione lavoro

La quota di finanziamento destinata all'intervento previsto dall'articolo 5 della legge regionale 11 agosto 1983, n. 16, non può eccedere il 30 per cento delle disponibilità complessive della legge stessa: i massimali della spesa ammessa al finanziamento in deroga agli importi stabiliti dall'art. 4 della predetta legge, sono fissati rispettivamente in lire 600.000.000 per le singole cooperative e in lire 1.200.000.000 per i loro consorzi.

Art. 45
Contributi agli istituti professionali di stato alberghieri per il turismo

L'Amministrazione regionale è autorizzata a concedere, nell'anno 1983, ulteriori contributi, per complessive lire 600.000.000 (cap. 11039), ai Comuni sede di Istituti professionali di stato alberghieri e per il turismo, per le finalità e con le modalità indicate dall'articolo 50 della legge regionale 11 maggio 1983, n. 12.

Art. 46
Modifica dell'articolo 4 della legge regionale 1° agosto 1973, n. 17

L'articolo 4 della legge regionale 1° agosto 1973, n. 17, è così riformulato:

«L'Assessore del lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale, con proprio decreto, è autorizzato a concedere ai Comuni ed ai Consorzi di Comuni:

1) contributi per l'attuazione dei piani e programmi previsti dai punti A) B) e C) dell'articolo 3 della

presente legge, relativi alla costruzione e all'arredamento di nuovi asili-nido;

2) contributi per la manutenzione straordinaria, l'ampliamento e l'adeguamento degli asili-nido comunali già esistenti, nonché l'eventuale loro adeguamento ai requisiti previsti dalla presente legge;

3) contributi per la gestione, il funzionamento, la manutenzione ordinaria e l'arredamento degli asili-nido di proprietà comunale.

L'Assessore del lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale è autorizzato a provvedere direttamente all'attuazione dei programmi di coordinamento di cui alla lettera e) dell'articolo 3 della presente legge».

Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della presente legge l'Assessore del lavoro formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale, previa deliberazione della Giunta regionale, e sentita la competente Commissione consiliare, con proprio decreto formula i criteri di erogazione dei contributi di cui al punto 3).

Art. 47

Modifica dell'articolo 55 della legge regionale 28 aprile 1978, n. 32

L'articolo 55 della legge regionale 28 aprile 1978, n. 32, è sostituito dal seguente:

«L'Amministrazione regionale concede adeguati indennizi agli allevatori ed ai conduttori di fondi rustici per eventuale danni provocati al bestiame e alle colture agricole dalla selvaggina o comunque dalla gestione delle oasi permanenti di protezione faunistica e delle zone di ripopolamento e cattura».

Art. 48

Fondi «globali»

Nella tabella A, allegata alla legge regionale 10 maggio 1983, n. 12, concernente il fondo speciale di parte corrente (cap. 03016), è introdotta la seguente voce:

voce n. 16 - D.d.L. - Agenzia del lavoro L. 100.000.000

Nella stessa tabella sono introdotte le seguenti variazioni in aumento alle voci appresso indicate:

voce n. 5 D.d.L. - Contrattazione triennale personale Amministrazione regionale ed enti strumentali L. 9.000.000.000

voce n. 23 - D.d.L. - Modalità per la concessione ai cittadini residenti in Sardegna di contributi forfettari per le spese di viaggio e per il periodo di soggiorno per ricoveri fuori della Regione L. 350.000.000

voce n. 24 - D.d.L. Discipline ed esercizio delle funzioni in materia di servizio farmaceutico L. 120.000.000

In relazione alla conseguente maggiore spesa di lire 9.570.000.000 ed alla utilizzazione delle «altre» riserve della Tabella A indicate nel successivo articolo 49, per complessive lire 780.000.000, il fondo speciale per le spese correnti (fondi regionali - cap. 03016) è incrementato di lire 8.790.000.000.

Nella tabella B, allegata alla legge regionale 10 maggio 1983, n. 12, concernente il fondo speciale di parte in conto capitale (capitolo 03017), sono introdotte le seguenti voci:

voce n. 1 bis - D.d.L. - Interventi per la valorizzazione delle terre pubbliche L. 2.000.000.000

voce n. 1 ter - D.d.L. - Finanziamenti alle comunità montane ed altri enti per il risanamento delle aree degradate L. 900.000.000

In relazione alla conseguente maggiore spesa di lire 2.900.000.000 ed all'utilizzazione delle «altre» riserve della tabella B indicate nel successivo articolo 49, per complessive lire 33.629.000.000, il fondo speciale per le spese in conto capitale (fondi regionali - cap. 03017) è ridotto di lire 30.729.000.000.

Art. 49

Copertura finanziaria

Alle nuove e maggiori spese previste, per il 1983, dalla presente legge, si fa fronte con le seguenti variazioni agli stati di previsione dell'entrata e della spesa del bilancio della Regione per lo stesso anno:

STATO DI PREVISIONE DELL'ENTRATA

In aumento:

Cap. 10106 - (Di nuova istituzione) - Imposta sul reddito delle persone fisiche (art. 8, L.C. 26 febbraio 1948, n. 3, sostituito dall'articolo 1 della legge 13 aprile 1983, n. 122) L. 152.745.000.000

Cap. 10302 - Imposta di fabbricazione (legge 3 giugno 1960, n. 529, e art. 37 D.P.R. 22 maggio 1975, n .480) L. 466.000.000

Cap. 21330 - Quota assegnata alla Regione dal Ministero del bilancio e della programmazione economica, per l'applicazione dell'articolo 1 della legge 1 luglio 1977, n. 403, concernente provvedimenti per il finanziamento dell'attività

agricola nelle regioni (art. 9, legge 16 maggio 1970, n. 281, art. 28, legge 30 marzo 1981, n. 119 e legge 7 agosto 1982, n. 526)
L. 11.400.000.000

STATI DI PREVISIONE DELLA SPESA

In diminuzione

02 - ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI, PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE

Cap. 02127 - Spese per il mantenimento degli inabili al lavoro fatti ricoverare negli appositi istituti, di cui all'articolo 154 del testo unico approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 773 (art. 16, D.P.R. 22 maggio 1975, n. 480) (spesa obbligatoria) L. 1.400.000.000

Cap. 02129 - Interventi straordinari per l'assistenza estiva ed invernale ai minori bisognosi sostenute da istituti, enti, associazioni e comitati (art. 16, D.P.R. 22 maggio 1975, n. 480)
L. 150.000.000

Cap. 02130 - Spese per rette e sussidi alle istituzioni pubbliche e private di beneficenza e ad altri istituti che provvedono per conto della Regione all'assistenza mediante ricoveri, degli indigenti in genere, nonché dei minorenni e dei profughi inabili, di cui ai decreti legislativi luogotenenziali 31 luglio 1945, n. 425, e 28 settembre 1945, n. 646, e al decreto 28 agosto 1970, n. 622, convertito, con modificazioni, nella legge 19 ottobre 1970, n. 744 (art. 16, D.P.R. 22 maggio 1975, n. 480)
L. 1.750.000.000

03 - ASSESSORATO DELLA PROGRAMMAZIONE, BILANCIO ED ASSETTO DEL TERRITORIO

Cap. 03016 - Fondo speciale per fronteggiare spese correnti dipendenti da nuove disposizioni legislative (art. 2, L.R. 10 magigo 1983, n. 12, e art. 48 della presente legge)
L. 780.000.000

mediante utilizzazione delle riserve delle sottoelencate voci della tabella A allegata alla legge regionale 10 maggio 1983, n. 12.

voce n. 1 - D.d.L. - Riordinamento dell'Ufficio stampa della Giunta regionale L. 10.000.000

voce n. 2 - D.d.L. - Interventi per fronteggiare situazioni di emergenza conseguenti ad eventi straordinari L. 30.000.000

voce n. 4 - D.d.L. - Usi civici L. 10.000.000

voce n. 6 - Riforma assistenza L. 50.000.000

voce n. 7 - Ordinamento e funzionamento dell'Ufficio del piano L. 10.000.000

voce n. 9 - D.d.L. - Sulla ricerca scientifica
L. 290.000.000

voce n. 10 - D.d.L. - Indennità e rimborsi ai componenti i comitati di controllo degli enti locali
L. 50.000.000

voce n. 11 - D.d.L. - Norme per la tutela della flora e della vegetazione della Sardegna che rivestono particolare interesse scientifico, naturalistico, paesaggistico, monumentale ed economico L. 15.000.000

voce n. 12 - D.d.L. - Norme relative al marchio di origine e qualità dei prodotti dell'artigianato tipico della Sardegna L. 25.000.000

voce n. 13 - D.d.L. - Istituzione dell'albo regionale interprofessionale dei tecnici operanti e residenti in Sardegna L. 10.000.000

voce n. 14 - D.d.L. - Governo e amministrazione delle acque L. 40.000.000

voce n. 15 - D.d.L. - Regolamento attività estrattiva dei minerali di cava nel territorio della Regione Sarda L. 10.000.000

voce n. 16 - D.d.L. - Provvidenze per gli Istituti di patronato e di assistenza sociale
L. 10.000.000

voce n. 17 - D.d.L. - Tutela delle minoranze etniche e linguistiche L. 10.000.000

voce n. 18 - D.d.L. - Nuove norme sul diritto allo studio e sull'esercizio delle competenze delegate L. 50.000.000

voce n. 20 - D.d.L. - Revisione provvidenze a favore dello sport L. 50.000.000

voce n. 25 - D.d.L. - Finanziamento collegamenti marittimi veloci L. 10.000.000

Cap. 03017 - Fondo speciale per fronteggiare spese in conto capitale dipendente da nuove disposizioni legislative (art. 2, L.R. 10 maggio 1983, n. 12 e art. 48 della presente legge)
L. 33.629.000.000

mediante utilizzazione delle riserve delle sottoelencate voci della tabella B allegata alla legge regionale 10 maggio 1983, n. 12.

voce n. 1 - D.d.L. - Interventi per il rilancio degli investimenti e il sostegno dell'occupazione L. 23.309.000.000

voce n. 2 - D.d.L. - Istituzione del servizio di tutela del suolo L. 50.000.000

voce n. 3 - D.d.L. - Accelerazione e adeguamento legislazione in agricoltura L. 100.000.000

voce n. 4 - D.d.L. - Agevolazioni creditizie in materia di commercio L. 50.000.000

voce n. 5 - D.d.L. - Disciplina dei mercati all'ingrosso in Sardegna L. 50.000.000

voce n. 6 - D.d.L. - Agri-turismo L. 20.000.000

voce n. 7 - D.d.L. - Edilizia abitativa L. 10.000.000.000

voce n. 8 - D.d.L. - Modifiche alla legge regionale n. 17 del 1973, concernente gestione asili-nido L. 50.000.000

In aumento

02 - ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI, PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE

Cap. 02131 - (Di nuova istituzione) Tit. 1 - Sez. 5 - Cat. 05 - Sett. 07 - Anticipazioni ai Comuni per l'esercizio delle funzioni amministrative relative ai servizi di assistenza e beneficienza pubblica di cui al decreto del Presidente della Repubblica 19 giugno 1979, n. 348 (art. 32, 1° comma, della presente legge) L. 10.000.000.000

Cap. 02132 - (Di nuova istituzione) Tit. 1 - Sez. 5 - Cat. 05 - Sett. 07 - Finanziamenti ai Comuni per l'esercizio delle funzioni amministrative relative ai servizi di assistenza e beneficienza pubblica di cui al decreto del Presidente della Repubblica 19 giugno 1979, n. 348 (art. 32, ultimo comma, della presente legge) L. 3.300.000.000

03 - ASSESSORATO DELLA PROGRAMMAZIONE, BILANCIO ED ASSETTO DEL TERRITORIO

Cap. 03016 - Fondo speciale per fronteggiare spese correnti dipendenti da nuove disposizioni legislative (art. 2, L.R. 10 maggio 1983, n. 12, e art. 48 della presente legge) L. 9.570.000.000

Cap. 03017 - Fondo speciale per fronteggiare spese in conto capitale dipendenti da nuove disposizioni legislative (art. 2, L.R. 10 maggio 1983, n. 12, e art. 48 della presente legge) L. 2.900.000.000

Cap. 03034 - (Di nuova istituzione) - Tit. 2 - Sez. 6 - Cat. 12 - Sett. 28 - Versamento alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della legge 24 giugno 1974, n. 268, degli stanziamenti aggiuntivi della Regione per la concessione di provvidenze alle imprese industriali (art. 15 della presente legge) L. 2.000.000.000

Cap. 03035 - (Di nuova istituzione) - Tit. 2 - Sez. 6 - Cat. 12 - Sett. 17 - Versamento alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della legge 24 giugno 1974, n. 268 dello stanziamento aggiuntivo della Regione per l'attuazione del programma di interventi di copertura o di deviazione di canali correnti all'interno dei centri abitati (art. 4 della presente legge) L. 8.000.000.000

Cap. 03036 - (Di nuova istituzione) - Tit. 2 - Sez. 6 - Cat. 12 - Sett. 23 - Versamento alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della legge 24 giugno 1974, n. 268, dello stanziamento aggiuntivo della Regione per la concessione ai Comuni di finanziamenti destinati all'acquisizione di aree edificabili ed alla loro urbanizzazione primaria (art. 5 della presente legge) L. 7.000.000.000

Cap. 03037 - (Di nuova istituzione) - Tit. 2 - Sez. 6 - Cat. 12 - Sett. 24 - Versamento alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, comma secondo, della legge 24 giugno 1974, n. 268, dello stanziamento aggiuntivo della Regione per la concessione ai Comuni di finanziamenti da erogarsi agli enti locali per il reperimento e l'attrezzatura di aree da destinarsi all'insediamento di aziende artigiane e di altre unità produttive (art. 6 della presente legge). L. 5.000.000.000

04 - ASSESSORATO DEGLI ENTI LOCALI, FINANZE ED URBANISTICA

Cap. 04176 - (Di nuova istituzione) Tit. 1 - Sez. 5 - Cat. 05 - Sett. 2 - Contributo straordinario al Comune di Santa Maria Coghinas per le spese di gestione (art. 10 della presente legge) L. 100.000.000

05 - ASSESSORATO DELLA DIFESA DELL'AMBIENTE

Cap. 05081-01 - (Di nuova istituzione) - Tit. 2 - Sez. 6 - Cat. 12 - Sett. 15 - Contributi straordinari in favore delle cooperative costruttrici di sta-

bulari (legge 2 maggio 1977, n. 192, e art. 43 della presente legge) L. 300.000.000

Cap. 05094 - (Di nuova istituzione) Tit. 1 - Sez. 6 - Cat. 05 - Sett. 15 - Finanziamento al Comune di Carloforte per contributi da corrispondere ai tonnarotti che hanno partecipato alla tonnara dell'anno 1980 (art. 42 della presente legge) L. 50.000.000

Cap. 05102 - Indennizzo agli allevatori ed ai conduttori di fondi rustici per i danni al bestiame e alle colture agricole provocati dalla selvaggina o comunque dalla gestione delle oasi permanenti di protezione faunistica e delle zone di ripopolamento e cattura L. 70.000.000

06 - ASSESSORATO DELL'AGRICOLTURA E RIFORMA AGRO-PASTORALE

Cap. 06060 - Concorsi negli interessi sui mutui contratti per l'attuazione di piani organici di trasformazione aziendale per la realizzazione di strutture cooperative occorrenti per la raccolta, la conservazione, la lavorazione, la trasformazione, la commercializzazione e la vendita di prodotti agricoli e zootecnici e per altre opere di miglioramento fondiario e agrario (artt. 1 e 8, L.R. 8 luglio 1975, n. 30, art. 17 della legge finanziaria e art. 19 della presente legge) L. 3.500.000.000

Cap. 06086-01 - Contributi per la costruzione di acquedotti rurali, in applicazione dell'articolo 17 della legge 27 ottobre 1966, n. 910, e della legge 2 marzo 1974, n. 78, (art. 34 della legge regionale 7 maggio 1981, n. 14; art. 9, L.R. 12 novembre 1982, n. 38, e art. 21 della presente legge) L. 1.000.000.000

Cap. 06107 - (AS) - Somma da versare al fondo regionale per lo sviluppo della zootecnia (artt. 6, 27 e 29, L.R. 23 gennaio 1981, n. 4; legge 1° luglio 1977, n. 403; art. 18 della legge finanziaria e art. 25 della presente legge) L. 6.000.000.000

Cap. 06120 - Somma da versarsi al fondo di solidarietà regionale in favore delle aziende e cooperative agricole colpite da calamità naturali o da eccezionali avversità atmosferiche (art. 2, L.R. 22 gennaio 1964, n. 3; art. 20, L.R. 10 giugno 1974, n. 12; L.R. 10 aprile 1978, n.28; L.R. 28 febbraio 1981, n. 12; L.R. 29 settembre 1982, n. 24, e art. 17 della presente legge) L. 4.000.000.000

Cap. 06121 - Concorso della Regione nel pagamento degli interessi sui prestiti di esercizio con ammortamento quinquennale concessi ai produttori agricoli e alle cooperative agricole danneggiate da calamità naturali o da eccezionali avversità atmosferiche (artt. 6 e 26, L.R. 10 giugno 1974, n. 12; L.R. 10 aprile 1978, n. 28; L.R. 28 febbraio 1981, n. 12; L.R. 29 settembre 1982, n. 24, e art. 18 della presente legge) L. 4.000.000.000

Cap. 06220 - Somme da versarsi al fondo regionale per lo sviluppo della proprietà coltivatrice (L. R. 23 novembre 1979, n. 60, e art. 20 della presente legge) L. 2.500.000.000

Cap. 06234 - (AS) - Contributi in conto capitale nella spesa per la realizzazione delle strutture e relative attrezzature e pertinenze occorrenti ad assicurare la raccolta, conservazione, lavorazione, trasformazione e vendita dei prodotti agricoli e zootecnici e loro sottoprodotti, nonché l'ampliamento o l'ammodernamento di preesistenti impianti (artt. 9 e 45, lett. g), della legge 27 ottobre 1966, n. 910; art. 1, legge 1° luglio 1977, n. 403; art. 21 della legge finanziaria e art. 23 della presente legge) L. 1.400.000.000

Cap. 06243 - (Di nuova istituzione) - Tit. 2 - Sez. 6 - Cat. 12 - Sett. 10 - Somma da versare alla contabilità speciale di cui all'articolo 2, secondo comma, della legge 24 giugno 1974, n. 268, per il finanziamento del secondo lotto del frigomacello di Chilivani (art. 26 della presente legge) L. 750.000.000

Cap. 06282-01 - (Denominazione variata) - Contributo per il funzionamento dell'ERSAT - Ente regionale di sviluppo e assistenza tecnica in agricoltura - in conto di esercizi decorsi (art. 27 della presente legge) L. 20.000.000.000

Cap. 06283 - (Di nuova istituzione) - Tit. 1 - Sez. 6 - Cat. 05 - Sett. 10 - Contributo alla Sezione speciale dell'E.T.F.A.S. - Ente di sviluppo in Sardegna - per il suo funzionamento (art. 28 della presente legge) L. 450.000.000

07 - ASSESSORATO DEL TURIMO, ARTIGIANATO E COMMERCIO

Cap. 07062 - (Di nuova istituzione) Tit. 2 - Sez. 6 Cat. 10 - Sett. 20 - Somme da versare alla

contabilità speciale di cui alla legge 11 giugno 1962, n. 588, per le spese relative ai compensi afferenti alla revisione dei prezzi contrattuali (art. 16 della presente legge) p.m.

08 - ASSESSORATO DEI LAVORI PUBBLICI

Cap. 08016 - Finanziamenti annuali ai Comuni e agli Organismi comprensoriali per la realizzazione, sulla base di programmi triennali, di opere pubbliche di interesse locale (art. 11, L.R. 6 settembre 1976, n. 45; art. 17, L.R. 12 novembre 1982, n. 38; art. 3 della legge finanziaria e art. 1 della presente legge)
L. 3.000.000.000

Cap. 08016-01 - (Di nuova istituzione) - Tit. 2 - Sez. 6 - Cat. 12 - Sett. 30 - Spese per opere pubbliche nei Comuni di Quartucciu e Santa Maria Coghinas (art. 13 della presente legge)
L. 1.600.000.000

Cap. 08034 - Fondo per la prestazione di garanzie per mutui contratti da ordinari diocesani per la costruzione e il completamento di edifici di culto e di opere annesse (art. 4, L.R. 27 novembre 1964, n. 19; art. 26, L.R. 12 novembre 1982, n. 38, e art. 39 della presente legge) L. 30.000.000

Cap. 08035-03 - Spese per l'esecuzione di opere acquedottistiche e fognarie (art. 18, L.R. 12 novembre 1982, n. 38; art. 4 della legge finanziaria e art. 3 della presente legge)
L. 14.000.000.000

Cap. 08042 - Spese per la costruzione e la sistemazione di strade di interesse regionale e di competenza degli enti locali, spese per i relativi oneri di progettazione, di direzione e di collaudo (artt. 3, 7, 15, 17 e 22, L.R. 13 giugno 1958, n. 4, art. 5 L.R. 27 novembre 1964, n. 19, L.R. 4 ottobre 1955, n. 16 e art. 5 della legge finanziaria) L. 10.000.000.000

Cap. 08055-01 - Finanziamenti straordinari ai Comuni per l'esecuzione di opere pubbliche (art. 21 della L.R. 7 maggio 1981, n. 14 e art. 28 della L.R. 12 novembre 1982, n. 38 e art. 2 della presente legge)
L. 30.000.000.000

Cap. 08055-02 - (Di nuova istituzione) - Tit. 2 - Sez. 6 - Cat. 10 - Sett. 30 - Spese per l'esecuzione di un programma di infrastrutture nelle terre pubbliche (art. 7 della presente legge)
L. 8.000.000.000

Cap. 08106-01 - (Di nuova istituzione) - Contributi individuali in conto capitale previsti dall'articolo 2, comma 10, della legge 25 marzo 1982, n. 94, per l'acquisto, la costruzione ed il ricupero di abitazioni - Quota mezzi propri della Regione (art. 12 della presente legge)
L. 14.000.000.000

Cap. 08146-01 - (Di nuova istituzione) - Tit. 2 - Sez. 4 - Cat. 10 - Sett. 23 - Interventi per il completamento del trasferimento degli abitati di Gairo ed Osini - quota fondi regionali - (art. 11 della presente legge)
L. 2.000.000.000

Cap. 08195 - Spese per la costruzione, la sistemazione e la ricostruzione di strade vicinali, o classificabili come vicinali, di interesse agrario (art. 1, L.R. 20 dicembre 1962, n. 20, e LL.RR. 20 dicembre 1962, n. 26, 9 aprile 1965, n. 12, legge 27 dicembre 1977, n. 984, e art. 19 della L.R. 12 novembre 1982, n. 38)
L. 9.000.000.000

09 - ASSESSORATO DELL'INDUSTRIA

Cap. 09050 - Fondo per la tutela dei livelli produttivi ed occupativi nel settore industriale e per facilitare il riassetto finanziario, tecnico ed economico di imprese industriali, aventi la sede legale e gli impianti in Sardegna che, economicamente valide, si trovino in difficoltà a proseguire l'attività produttiva per eventi congiunturali (L.R. 10 dicembre 1976, n. 66; art. 6, L.R. 5 settembre 1977, n. 40; art. 1, L.R. 10 febbraio 1978, n. 6; art. 16, L.R. 30 gennaio 1979, n. 4; art. 37, L.R. 10 maggio 1979, n. 38; artt. 6, 8 e 29, L.R. 23 gennaio 1981, n. 4; art. 30, L.R. 12 novembre 1982, n. 38; art. 26 della legge finanziaria e art. 14 della presente legge)
L. 10.000.000.000

10 - ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Cap. 10001 - somma da versare al fondo per la formazione professionale dei lavoratori in Sardegna (L.R. 1° giugno 1979, n. 47; L.R. 26 gennaio 1976, n. 3; art. 29 della legge finanziaria e art. 34 della presente legge)
L. 2.500.000.000

Cap. 10045 - Contributi ai Comuni e Consorzi di Comuni, integrativi di quelli previsti dalla legge 6 dicembre 1971, n. 1044, e successive modificazioni e integrazioni, per la gestione, il funzionamento e la manutenzione ordinaria di asili-nido (art. 4, comma primo, n. 2, lett. b), L.R. 1° agosto 1973, n. 17) L. 1.500.000.000

11 - ASSESSORATO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE, BENI CULTURALI, INFORMAZIONE, SPETTACOLO E SPORT

Cap. 11039 - Contributi da erogare ai Comuni sede di Istituti professionali di stato alberghieri e per il turismo per interventi di ristrutturazione, ampliamento e manutenzione degli immobili che ospitano gli istituti stessi e i rispettivi convitti L. 600.000.000

Cap. 11092 - Contributi ai centri per i servizi culturali operanti in Sardegna - Unione nazionale per la lotta contro l'analfabetismo (U.N.L.A.) e Società umanitaria - per consentire il regolare svolgimento delle attività di istituto (L.R. 15 giugno 1978, n. 37; art. 48 della legge finanziaria e art. 39 della presente legge) L. 150.000.000

12 - ASSESSORATO ALL'IGIENE E SANITA'

Cap. 12203 - Rimborsi ai Comuni che hanno sostenuto spese per operazioni di abbattimento dei suini e disinfezione e disinfestazione di allevamenti colpiti da peste suina africana (art. 14, L.R. 5 febbraio 1982, n. 6, e art. 40 della presente legge) L. 50.000.000

13 - ASSESSORATO DEI TRASPORTI

Cap 13001 - (Di nuova istituzione) - Tit. 1 - Sez. 6 - Cat. 05 - Sett. 19 - Anticipazione della Regione per la concessione di contributi alle aziende di trasporto pubbliche e private finalizzati al ripiano dei disavanzi di esercizio (art. 30 della presente legge) L. 2.000.000.000

Cap. 13026 - Contributi regionali integrativi alle aziende pubbliche di trasporto per investimenti (art. 9, ultimo comma, L.R. 27 agosto 1982, n. 16, e art. 26 della presente legge) L. 2.000.000.000

Le spese di cui all'articolo 18 gravano sul capitolo 06121 dei bilanci per gli anni dal 1983 al 1987, le spese di cui all'articolo 19 gravano sul capitolo 06060 dei bilanci per gli anni dal 1983 al 2004, le spese di cui all'articolo 20 gravano sul capitolo 06220 dei bilanci per gli anni dal 1983 al 2002, le spese di cui all'articolo 39 gravano sul capitolo 08034 dei bilanci per gli anni dal 1983 al 2017.

Le spese di cui all'articolo 29 gravano sul fondo da ripartire di cui al capitolo 03058 da istituire nel bilancio per l'anno 1984.

Al precitato capitolo 13001 si applica, per l'esercizio 1983, la normativa prevista dall'articolo 48 della legge regionale 12 maggio 1983, n. 13.

Art. 50

Sugli stanziamenti recati dalla presente legge possono essere assunti impegni entro venti giorni dalla data della sua entrata in vigore.

Art. 51

La presente legge ha efficacia dal 29 dicembre 1983.

Sono convalidati gli atti amministrativi, definiti o in corso di perfezionamento, posti in essere con riferimento al testo promulgato il 29 dicembre 1983 con il titolo «Legge regionale 29 dicembre 1983, n. 31. Provvedimenti a sostegno della produzione e della occupazione e disposizioni integrative della legge regionale 10 maggio 1983, n. 12».

Si intendono riferiti alla presente legge i richiami al testo di cui al comma precedente contenuti in successive disposizioni.

Art. 52

La presente legge entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione.

Cagliari, addì 28 maggio 1985

MELIS

(4212)

ERNESTO LUPO, *direttore*

DINO EGIDIO MARTINA, *redattore*
FRANCESCO NOCITA, *vice redattore*

(6651196/1) Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - S.